




3 1761 12061988 7



Digitized by the Internet Archive
in 2024 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120619887>

AL
YC 26
-551

Publications

73



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, November 7, 2001

Le mercredi 7 novembre 2001

Issue No. 43

Fascicule n° 43

Thirty-sixth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Trente-sixième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

APPEARING:
The Honourable Jamie Ballem, M.L.A.,
Minister of Health and Social Services,
Prince Edward Island

COMPARAÎT:
L'honorable Jamie Ballem, M.A.L.,
ministre de la Santé et des Services sociaux,
Île-du-Prince-Édouard

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	Léger
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cook	* Lynch-Staunton
Cordy	(or Kinsella)
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	Léger
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cook	* Lynch-Staunton
Cordy	(ou Kinsella)
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

CHARLOTTETOWN, Wednesday, November 7, 2001
(47)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day in the Prince Room of the Delta Prince Edward Hotel, Charlottetown, Prince Edward Island, at 9:10 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Callbeck, LeBreton and Léger (4).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

APPEARING:

From the Department of Health and Social Services, P.E.I.:

The Honourable Jamie Ballem, M.L.A., Minister

WITNESSES:

From the P.E.I. Seniors Advisory Council:

Ms Heather Henry-MacDonald, Chair.

From the Canadian Union of Public Employees, P.E.I. Division:

Mr. Bill A. McKinnon, National Representative;

Ms Donalda MacDonald, President;

Mr. Raymond Léger, Research Representative.

From the Department of Health and Social Services, P.E.I.:

Ms Mary Hughes-Power, Director of Acute and Continuing Care;

Ms Deborah Bradley, Manager of Public Health Policy;

Dr. Don Ling, Director of Medical Services;

Mr. Rory Francis, Deputy Minister;

Mr. Bill Harper, Assistant Deputy Minister;

Mr. Jean Doherty, Communications Coordinator;

Ms Susan Maynard, Senior Health Planner;

Ms Kathleen Flanagan-Rochon, Community Services Coordinator.

From the College of Family Physicians of Canada:

Dr. Peter MacKean, Chairman of the Board.

From the Queen Elizabeth Hospital:

Mr. Iain Smith, Drug Utilization Coordinator.

PROCÈS-VERBAL

CHARLOTTETOWN, le mercredi 7 novembre 2001
(47)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 10, dans le salon Prince de l'Hôtel Delta Prince Edward, à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénatrices Cook, Callbeck, LeBreton et Léger (4).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n^o 2 du comité.*)

COMPARAÎT:

Du ministère des Sciences et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard:

L'honorable Jamie Ballem, M.A.L., ministre.

TÉMOINS:

Du P.E.I. Seniors Advisory Council:

Mme Heather Henry-MacDonald, présidente.

Du Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'Î.-P.-É.:

M. Bill A. McKinnon, représentant national.;

Mme Donalda MacDonald, présidente;

M. Raymond Léger, responsable de la recherche.

Du ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard:

Mme Mary Hughes-Power, directrice, Soins intensifs et de longue durée;

Mme Deborah Bradley, gestionnaire, Politique de santé publique;

Le Dr Don Ling, directeur, Services médicaux;

M. Rory Francis, sous-ministre;

M. Bill Harper, sous-ministre adjoint;

Mme Jean Doherty, coordinatrice, Communications;

Mme Susan Maynard, planificatrice principale, Services de santé;

Mme Kathleen Flanagan-Rochon, coordonnatrice, Services communautaires.

Du Collège des médecins de famille du Canada:

Le Dr Peter MacKean, président du conseil d'administration.

Du Queen Elizabeth Hospital:

M. Iain Smith, coordonnateur, Utilisation des médicaments.

From the P.E.I. Pharmacy Board:

Ms Neila Auld, Executive Director.

From the Queen's Regional Health Authority:

Ms Sylvia Poirier, Chair.

From the West Prince Regional Health Authority:

Mr. Ken Ezeard, Chief Executive Officer.

From Southern King's Health Authority:

Ms Betty Fraser, Chief Executive Officer.

From the Evangeline Community Health Centre:

Ms Elise Arsenault, Coordinator.

From the East Prince Regional Health Authority:

Mr. David Riley, Chief Executive Officer.

From Dalhousie University:

Dr. Stan Kutcher, Head, Department of Community Health and Epidemiology/ Psychiatry.

The Chair made a statement and introduced the Honourable Archibald H. Johnstone, retired Senator, and invited him to participate in the hearings.

Ms Henry-MacDonald made a statement. Ms Bradley made a statement. Mr. McKinnon made a statement. The witnesses answered questions. The Chair made a statement.

Dr. MacKean made a statement. Mr. Smith made a statement. Ms Auld made a statement. The witnesses answered questions.

Ms Poirier made a statement. Mr. Ezeard made a statement. Dr. Ling made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:35 p.m. the sitting was suspended.

At 1:24 p.m. the sitting was resumed.

Minister Ballem made a statement. Mr. Francis made a statement. Minister Ballem made another statement. The Minister and witnesses answered questions.

At 2:35 p.m. the sitting was suspended.

At 2:40 p.m. the sitting was resumed.

Ms Fraser made a statement. Ms Maynard made a statement. Ms Flanagan-Rochon made a statement. The Chair made a statement.

Ms Arsenault made a statement. Mr. Riley made a statement. Dr. Kutcher made a statement. The Chair made a statement suggesting that Dr. Kutcher appear again before the Committee. The witnesses answered questions.

At 4:00 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière suppléante du comité,

Josée Thérien

Acting Clerk of the Committee

Du Prince Edward Island Pharmacy Board:

Mme Neila Auld, directrice exécutive.

Du Queen's Regional Health Authority:

Mme Sylvia Poirier, présidente.

Du West Prince Regional Health Authority:

M. Ken Ezeard, directeur général.

Du Southern King's Health Authority:

Mme Betty Fraser, directrice générale.

Du Centre de santé communautaire Évangéline:

Mme Elise Arsenault, coordinatrice.

Du East Prince Regional Health Authority:

M. David Riley, directeur général.

De l'Université Dalhousie:

Le Dr Stan Kutcher, chef, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie/psychiatrie.

La présidente fait une déclaration, présente l'honorable Archibald H. Johnstone (sénateur à la retraite), et l'invite à participer à la discussion.

Mme Henry-MacDonald fait une déclaration. Mme Bradley fait une déclaration. M. McKinnon fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions. La présidente fait une déclaration.

Le Dr MacKean fait une déclaration. M. Smith fait une déclaration. Mme Auld fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Mme Poirier fait une déclaration. M. Ezeard fait une déclaration. M. Ling fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 35, le comité suspend la séance.

À 13 h 24, le comité reprend la séance.

Le ministre Ballem fait une déclaration. M. Francis fait une déclaration. Le ministre Ballem fait une autre déclaration. Le ministre et les témoins répondent aux questions.

À 14 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 40, le comité reprend ses travaux.

Mme Fraser fait une déclaration. Mme Maynard fait une déclaration. Mme Flanagan-Rochon fait une déclaration. La présidente fait une déclaration.

Mme Arsenault fait une déclaration. M. Riley fait une déclaration. Le Dr Kutcher fait une déclaration. La présidente propose que le Dr Kutcher compare à nouveau devant le comité. Les témoins répondent aux questions.

À 16 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

CHARLOTTETOWN, Wednesday, November 7, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:10 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Each day, as we turn on our televisions and open the newspapers, we see many stories related to the delivery of the health care system. In the news today, there is a story about people using the MRIs on their own time at the Vancouver Hospital. They are paying \$925 to have the complete body scan. User fees are also being considered in Ontario. In the *National Post* this morning, there is an article about Mr. Klein and the ramifications of Bill 11 in Alberta. It is a topical and crucial issue that we are facing and the Senate committee is making an effort to hear the views of all Canadians, so we can come forward with a comprehensive study and recommendations.

Ms Heather Henry-MacDonald, Chair, P.E.I. Seniors Advisory Council: The Prince Edward Island Seniors Advisory Council is a group of 12 people who represent the geographic and cultural population of Prince Edward Island. The Council was created in 1998 to advise government, through the Minister Responsible for Seniors, on issues that concern seniors of the province. I am highlighting the issues that most affect the older population.

The aging of Canada's population provides all levels of government with challenges and opportunities to plan for and respond to the diverse strengths and needs of current and future seniors. In Atlantic Canada where the population is aging faster than in other regions of the country, the challenge is greater. The percentage of seniors in the Prince Edward Island population has risen in the last several decades. In the year 2000, the population of Prince Edward Island was almost 140,000, of which an estimated 18,200 were 65 and over.

The impact of an aging population may not be the crisis some have predicted if we are prepared, if we anticipate the likely impact of an aging population, and if we are ready with policies and programs to meet Islanders' changing needs.

In recent years, governments, health care professionals, community groups and seniors have debated the issue of how social supports can best be used to enable seniors to remain living in the community. Seniors have indicated that they wish to remain at home for as long as possible. We agree that effective home care can lower long-term costs for the health care system. Furthermore, a national home care program will allow individuals to be cared

TÉMOIGNAGES

CHARLOTTETOWN, le mercredi 7 novembre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 9 h 10 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Chaque jour, quand nous allumons la télévision ou que nous ouvrons notre journal, nous voyons des quantités de reportages sur le fonctionnement du système de soins de santé. Aux informations d'aujourd'hui, on parle de personnes qui utilisent les installations d'IRM de l'Hôpital de Vancouver à titre privé et paient 925 \$ pour avoir un scanner complet. On envisage aussi d'appliquer un ticket modérateur en Ontario. Dans le *National Post* de ce matin, il y a un article sur M. Klein et les ramifications du projet de loi 11 en Alberta. C'est une question d'actualité essentielle à laquelle nous sommes confrontés, et le comité sénatorial s'efforce d'entendre le point de vue de tous les Canadiens pour pouvoir rédiger une étude complète et des recommandations.

Mme Heather Henry-MacDonald, présidente, P.E.I. Seniors Advisory Council: Le P.E.I. Seniors Advisory Council, Conseil consultatif des aînés de l'Île-du-Prince-Édouard, est un groupe de 12 personnes qui représentent la diversité géographique et culturelle de la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce conseil a été créé en 1998 pour conseiller le gouvernement, par l'intermédiaire du ministre responsable des Aînés, sur des questions qui concernent les aînés de la province. Je souligne les questions qui touchent le plus les personnes âgées.

Le vieillissement de la population du Canada représente pour tous les paliers de gouvernement des défis et des occasions de planifier des actions futures en réponse aux diverses forces et aux divers besoins des personnes âgées présentes et futures. Dans le Canada atlantique où le vieillissement est plus rapide que dans d'autres régions du pays, le défi est encore plus grand. Le pourcentage de personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard augmente depuis plusieurs décennies. En 2000, sur une population totale de près de 140 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard, on estime qu'il y avait 18 200 personnes de plus de 65 ans.

Les conséquences de ce vieillissement ne seront pas nécessairement la crise que prédisent certains si nous nous préparons, si nous anticipons sur les conséquences du vieillissement et si nous préparons des politiques et des programmes pour répondre à l'évolution des besoins des habitants de l'Île.

Ces dernières années, les gouvernements, les professionnels de la santé, les groupes communautaires et les aînés ont discuté de la meilleure façon d'utiliser les soutiens sociaux pour aider les aînés à continuer à participer à la vie de la collectivité. Les aînés ont clairement dit qu'ils souhaitaient pouvoir rester chez eux le plus longtemps possible. Nous sommes d'accord pour constater que de bons soins à domicile permettent de réduire l'ensemble des coûts

for in comfortable surroundings rather than in an acute care setting, which should be only utilized as a last resource.

The September 1999 newsletter, Vol. 24, No. 3, of the Canadian Association on Gerontology reports as follows:

Home care is not currently available to all Canadians on a universal basis: it falls outside of the realm of Medicare. Provinces vary in the services they offer, eligibility criteria, and the extent and whether user fees are charged. Yet for many, home care is considered as necessary and appropriate in an integrated health care system. The National Forum on Health (1997), the National Advisory Council on Aging (1995), the Canadian Home Care Association (1996) and the Victoria Order of Nurses of Canada (1997) have all recommended comprehensive community based health and support services be recognized as essential services in the Canadian health care system. The Canadian Association on Gerontology recommends that the federal, provincial and territorial governments move without delay to ensure a universally accessible, comprehensive home care program for Canadians.

Prince Edward Island has established a home care support system, but it is not adequate to meet the needs of the elderly residents. Prince Edward Island ranks among the lowest of the provinces in expenditures on home care as a per cent of total health expenditures. The capacity of the P.E.I. Home Care Support Program to provide service is based on available resources. As a result, there is no emergency or on-call services provided on a twenty-four hour basis.

Prince Edward Island has no legislation or standard governing the public or private home care sector to address risk, liability and quality assurance issues, or to form a basis for relationships between public and private home care sectors. The issue of monitoring the care of vulnerable seniors has been raised by seniors' organizations as a major concern.

An example of a national program that assists Canadian citizens to remain healthy and independent in their own homes and communities is the Veterans Independence Program. I have described it in the brief. It has been successful in Prince Edward Island.

P.E.I. does not have an adequate provincial restorative care program. A pilot project has been established for one region and small acute care hospitals are being utilized for restorative care in other regions of the province.

du système de soins de santé. En outre, un programme national de soins à domicile permet aux personnes de recevoir des soins dans un cadre confortable plutôt que dans un service de soins actifs qui ne devrait être utilisé qu'en dernier recours.

Dans le bulletin d'information de septembre 1999, volume 24, n° 3, de l'Association canadienne de gérontologie, on peut lire ce qui suit:

Les soins à domicile ne sont pas actuellement offerts à tous les Canadiens sur une base universelle: ils ne relèvent pas du régime d'assurance-maladie. Les services offerts, les critères d'admissibilité et le degré de recours au paiement à l'acte varient selon les provinces. Or, pour beaucoup, les soins à domicile sont considérés comme des soins nécessaires et appropriés dans un système de soins de santé intégré. Le Forum national sur la santé (1997), le Conseil consultatif national sur le troisième âge (1995), l'Association canadienne de soins et services à domicile (1996) et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (1997) ont tous recommandé que des services de santé et de soutien complets au niveau de la communauté soient reconnus comme services essentiels dans le système des soins de santé du Canada. L'Association canadienne de gérontologie recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux prennent rapidement des mesures pour mettre en place un programme complet de soins à domicile universellement accessible pour les Canadiens.

L'Île-du-Prince-Édouard a déjà un régime de soutien aux soins de santé, mais il ne suffit pas pour répondre aux besoins des personnes âgées. L'Île-du-Prince-Édouard est l'une des provinces où les dépenses de soins à domicile représentent le plus faible pourcentage des dépenses totales dans le domaine de la santé. Les capacités du Programme de soutien aux soins de santé dans l'Île-du-Prince-Édouard dépendent des ressources disponibles. En conséquence, il n'y a pas de services d'urgence ou de services sur demande 24 heures sur 24.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, nous n'avons pas de loi ou de normes visant le secteur des soins à domicile public ou privé, et donc pas de dispositifs permettant de régir les questions de risque, de responsabilité et d'assurance de la qualité ou de définir les rapports entre le secteur public et le secteur privé des soins à domicile. Pour les organisations d'aînés, le contrôle des soins apportés à des aînés vulnérables constitue une préoccupation majeure.

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants est un exemple de programme national qui aide les citoyens canadiens à conserver leur santé et leur indépendance en continuant à vivre chez eux et au sein de leur communauté. Je le décris dans le mémoire. Il a donné d'excellents résultats dans l'Île-du-Prince-Édouard.

Nous n'avons pas de programme provincial de soins de rétablissement. Un projet pilote a été lancé dans une région et de petits hôpitaux de soins actifs sont utilisés pour fournir des soins de rétablissement dans d'autres régions de la province.

In P.E.I., individuals 65 years and over used 45 per cent of in-patient hospital days at the Queen Elizabeth Hospital, which is our largest hospital, and 54 per cent of the days at the Prince County Hospital, which is our second largest hospital. At the rural facilities, which consist of five smaller hospitals, 65 to 75 per cent of the days were used by individuals 65 years and older.

More in-home services are needed, so that individuals who have acute or chronic conditions can be as independent as possible. For example, now that hospital stays have been shortened due to new medical policies, specialized care in the home is required.

Caregivers must be specifically named in health care and home care policies, and they must be targeted as having specific needs to ensure their well-being. It is crucial that government allocate financial resources to support this group of potential clients, and to develop the services and resources which caregivers need in order to maintain their responsibilities without undue negative effects to themselves and their personal health.

According to an Atlantic report by Keefe and Fancey in 1998, informal caregivers provide 80 to 90 per cent of the assistance to older persons in their homes. The largest group of caregivers was comprised of women aged 45 to 64, while almost 14 per cent of the people aged 60 to 74 are also caregivers.

With an aging population, demands for care giving support will increase simply given the increasing number of seniors, which is not in proportion with the younger population. Trends impacting on the supply of informal caregivers include participation in the labour force by women, marriage and childbearing at later ages that may result in concurrent child and eldercare, the sandwich generation, smaller families, geographic distance between family members and higher divorce rates.

Although the older population is often seen as the main user of prescription drugs, addressing the issue of reducing the costs of prescription drugs needs initiatives to promote more appropriate prescription practices and more appropriate drug use. I have a quote in the report about advice on that.

Senior citizens, especially low-income elderly women, are in need of expanded coverage for publicly funded prescription drugs. A national pharmacare program would provide a safety net. In the event of illness, these individuals are not sheltered from drug costs or other high prescription drug costs.

Prince Edward Island has a Drug Cost Assistance Program for citizens 65 years of age and over. However, as not all medications are covered in the provincial formulary, some seniors experience catastrophic costs. In addition, when an elderly person is

À l'Île-du-Prince-Édouard, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 45 p. 100 des journées d'hospitalisation à l'Hôpital Queen Elizabeth, notre plus grand hôpital, et 54 p. 100 des journées d'hospitalisation à l'Hôpital Prince County, le deuxième plus grand. Dans les installations rurales, c'est-à-dire cinq plus petits hôpitaux, de 60 à 75 p. 100 des journées d'hospitalisation correspondent aux personnes âgées de 65 ans et plus.

Il faut accroître les services à domicile pour permettre aux personnes qui ont un problème aigu ou chronique de demeurer aussi indépendantes que possible. Par exemple, maintenant que l'on raccourcit les séjours à l'hôpital en raison des nouvelles politiques médicales, il faut mettre en place des soins spécialisés à domicile.

Il faut mentionner spécifiquement les personnes soignantes dans les politiques de soins de santé et de soins à domicile, et il faut leur reconnaître des besoins bien précis pour assurer leur bien-être. Il est essentiel que le gouvernement débloque des ressources financières pour aider ce groupe de clients potentiels et structurer les services et les ressources dont les soignants ont besoin pour s'acquitter de leurs responsabilités sans être pénalisés indûment sur le plan personnel ou sur le plan de leur santé.

D'après un rapport de Keefe et Fancey sur la région atlantique en 1998, les soignants non professionnels assurent 80 à 90 p. 100 de l'aide à domicile pour les personnes âgées. Le groupe de soignants le plus important était constitué de femmes âgées de 45 à 64 ans, alors que près de 14 p. 100 des personnes âgées de 60 à 74 ans avaient aussi un rôle de soignants.

Comme la population vieillit, les demandes de soutien aux soignants vont augmenter simplement du fait de l'augmentation du nombre d'ainés qui est plus élevée que celle de la population jeune. Parmi les facteurs qui influent sur la disponibilité de soignants non professionnels, il y a la participation des femmes au marché du travail, le mariage et le fait d'avoir des enfants à un âge plus avancé, ce qui entraîne une concurrence entre les soins aux enfants et les soins aux aînés, la génération sandwich, le rétrécissement des familles, l'éloignement géographique entre membres d'une famille et l'élévation du taux de divorce.

Bien que l'on considère souvent que les aînés sont les principaux consommateurs de médicaments sur ordonnance, si l'on veut s'attaquer au problème de la réduction des coûts des médicaments d'ordonnance, il faut prendre des initiatives pour encourager des pratiques d'ordonnance plus pertinentes et une consommation plus judicieuse de médicaments. Je cite un conseil à ce sujet dans le rapport.

Les aînés, notamment les femmes économiquement faibles, ont besoin d'une couverture plus étendue pour les médicaments sur ordonnance à financement public. Un programme national d'assurance-médicaments constituerait un filet de protection. En cas de maladie, ces personnes ne sont pas protégées contre le coût élevé des médicaments sur ordonnance.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons un programme d'aide, le Drug Cost Assistance Program, pour les personnes de 65 ans et plus. Toutefois, le formulaire provincial ne couvre pas tous les médicaments, et certains aînés doivent payer des factures

discharged from hospital, the necessary medications and supplies to restore function and health are not covered.

In the Atlantic provinces, there is no generally available public programs to limit the exposure of individuals and families to high prescription drug costs. A recent study funded by Health Canada's Health Transition Fund, found that over 25 per cent of the population of the Maritimes are without catastrophic coverage for prescription drugs, and that another 25 per cent might be considered under-insured.

We recommend that pharmacare be included in the Canada Health Act. The federal government needs to show leadership in developing a collaborative network of government, physicians, pharmacists and the public to create the environment for change. One of the strategies needed is to educate those who prescribe and those who use the medications on the use of alternatives to prescription drug use. Lifestyle changes such as active living, adequate nutrition, social interaction and intellectual stimulation, are examples of these alternatives.

Institutions for seniors who can no longer be cared for at home will always be necessary. Currently, only seven per cent of people aged 65 and older live in institutions and the average person entering Prince Edward Island nursing homes as of December 2000 is 83.1 years. During 1999 and 2000, the average length of the stay was 2.8 years.

People entering long-term nursing care in P.E.I. are responsible for the full cost of care. This is similar to other Maritime provinces, but it is different from the rest of Canada as 90 per cent of Canadians pay only a portion of the cost of long-term care. If Prince Edward Island residents in long-term nursing care deplete their savings and require financial assistance from government, they will be subject to means testing, which includes a review of their income and assets.

When the hospital care and medical insurance plans began, one of the decisions made with respect to the method by which these programs would be funded, was that no means tests would be required of patients before they receive medical services. It was felt that a means test would discourage low-income patients from seeking medical assistance, because they would feel it was demeaning to have to say they were poor in order to receive full medical care. A similar policy should be extended to long-term care in the publicly funded system.

catastrophiques. En outre, quand une personne âgée quitte l'hôpital, les médicaments et les fournitures nécessaires pour lui permettre de retrouver ses fonctions et sa santé ne sont pas couverts.

Dans les provinces atlantiques, il n'y a généralement pas de programmes publics pour protéger les particuliers et leur famille contre le coût élevé des médicaments d'ordonnance. Une étude récente financée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada a montré que plus de 25 p. 100 des habitants des Maritimes n'avaient pas de couverture de crise pour les médicaments d'ordonnance et qu'une autre tranche de 25 p. 100 des personnes pouvaient être considérées comme sous-assurées.

Nous recommandons d'inclure l'assurance-médicaments dans la Loi canadienne sur la santé. Le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative de mettre sur pied un réseau de collaboration des représentants du gouvernement, des médecins, des pharmaciens et du public pour créer les conditions d'un changement. L'une des stratégies doit notamment être d'éduquer les personnes qui prescrivent des ordonnances et celles qui consomment les médicaments pour qu'elles puissent se tourner vers d'autres formules que les médicaments d'ordonnance. Ces autres formules peuvent être par exemple une vie active, une bonne nutrition, des contacts sociaux et une stimulation intellectuelle.

Nous aurons toujours besoin d'établissements pour accueillir les aînés qui ne peuvent plus être soignés à domicile. Actuellement, seulement 7 p. 100 des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans des établissements, et l'âge moyen des personnes qui entrent dans un établissement de soins infirmiers était de 83,1 ans en décembre 2000. En 1999 et 2000, la durée moyenne de séjour était de 2,8 ans.

Les personnes qui entrent dans un établissement de soins infirmiers de longue durée dans l'Île-du-Prince-Édouard sont responsables du coût total des soins. C'est la même chose que dans les autres provinces des Maritimes, mais c'est une situation différente de celle qu'on constate dans le reste du Canada car 90 p. 100 des Canadiens ne paient qu'une partie seulement des soins à long terme. Si les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard qui sont dans des établissements de soins à long terme épuisent leurs économies et doivent demander de l'aide au gouvernement, ils doivent présenter une justification fondée sur leurs moyens qui inclut un examen de leur revenu et de leurs avoirs.

À l'origine, quand on a mis sur pied les régimes de soins hospitaliers et d'assurance médicale, l'une des décisions concernant la méthodologie de ces programmes avait été qu'on n'exigerait pas de justification fondée sur les moyens de la part des patients avant de leur fournir des services médicaux. On estimait que cette obligation de justification découragerait les patients à faible revenu de demander une aide médicale, car ils estimeraient dégradant de devoir dire qu'ils sont pauvres pour pouvoir recevoir des soins médicaux complets. Il faudrait étendre cette politique aux soins de santé à long terme dans le secteur à financement public.

We agree with the idea of primary care reform and would like to see a health system where health care providers work in multi-disciplinary teams so that Canadians could access the most appropriate health care providers, which are not necessarily physicians. For example, health services by social workers, nutritionists and fitness and lifestyle consultants could be accessed and covered under medicare.

Unfortunately, the current medicare system contains few incentives for health care providers to reduce costs, to strive for better integration or for consumers to use the system in a responsible manner. We suggest that incentives be investigated to assist citizens in understanding that their perceived right to universal health care is accompanied by a responsibility to use health care in a reasonable manner and to maintain their own health.

Recent studies raise the question of why the elderly are getting much more health care. The prescribing practices of doctors with their older adult patients reveal some interesting information.

When we speak about ensuing fiscal sustainability, we have a suggestion there that possibly we could tie some of the costs of health care into income tax. An extra sheet describing that has been added to our brief. We propose bringing home care, long-term care and pharmacare within the purview of the Canada Health Act. This will ensure that every Canadian has timely access to all medically necessary services regardless of their ability to pay for these services, and that no Canadian suffers undue financial hardship as the result of having to pay health care bills. Comprehensive health care should fall under the Canada Health Act, and the four principles of universality, comprehensiveness, accessibility and portability in the Canada Health Act should be maintained.

The Deputy Chairman: Thank you very much for your excellent report.

Ms Mary Hughes-Power, Director of Acute and Continuing Care, Department of Health and Social Services, P.E.I.: In Prince Edward Island, funding for home care is provided to the Regional Health Authorities by the Department of Health and Social Services. The department is responsible for establishing core services, policy and standards. The Regional Health Authorities are responsible for program development, the service and service delivery.

The goal of our program in this province is the prevention of unnecessary, premature or prolonged institution. Home care services are provided to individuals based on assessed need, and are intended to help them maintain their personal health and independence and to supplement the care that is provided in the home by family members and informal supports.

Nous approuvons l'idée d'une réforme des soins primaires et nous souhaiterions avoir un système de santé dans le cadre duquel les soignants travailleraient au sein d'équipes pluridisciplinaires, ce qui permettrait aux Canadiens d'avoir accès aux soignants les plus appropriés, qui ne sont pas nécessairement des médecins. Par exemple, les services de santé offerts par des travailleurs sociaux, des nutritionnistes et des consultants en condition physique et en mode de vie pourraient être proposés et couverts dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

Malheureusement, ce régime comporte actuellement très peu d'éléments susceptibles d'inciter les fournisseurs de soins de santé à réduire les coûts et à mieux intégrer leurs services ou d'amener les consommateurs à faire appel de façon plus raisonnable au système. Nous pensons qu'il faudrait essayer de trouver des incitatifs pour aider les citoyens à comprendre que le droit à des soins de santé universels qu'ils estiment avoir s'accompagne de la responsabilité d'utiliser les soins de santé de manière raisonnable et d'entretenir leur santé.

Dans des études récentes, on se demande pourquoi les aînés reçoivent tellement de soins de santé. La façon dont les médecins délivrent des ordonnances à leurs patients âgés est assez révélatrice.

Si l'on veut maintenir notre capacité financière, nous suggérons de lier certains des coûts de la santé à la fiscalité. Nous avons ajouté à notre mémoire une feuille décrivant cette suggestion. Nous proposons que les soins à domicile, les soins de longue durée et l'assurance-médicaments relèvent de la Loi canadienne sur la santé. Ainsi, tous les Canadiens pourront avoir accès en temps utile à tous les services médicaux nécessaires quelle que soit leur capacité de payer ces services, et aucun canadien ne sera victime de difficultés financières excessives à cause du montant de ses factures de soins de santé. Il faudrait que la Loi canadienne sur la santé couvre l'ensemble des soins de santé et que les quatre principes de l'universalité, de l'intégralité, de l'accessibilité et de la transférabilité de la Loi canadienne sur la santé soient maintenus.

La vice-présidente: Merci pour cet excellent rapport.

Mme Mary Hughes-Power, directrice des Soins intensifs et de longue durée, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard: Dans l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de la Santé et des Services sociaux transmet aux autorités régionales de la santé les fonds servant aux soins à domicile. C'est le ministère qui est responsable de la mise en place des services, de la politique et des normes de base. Les autorités régionales de la santé sont responsables de l'élaboration des programmes, du service et de la prestation des services.

L'objectif de notre programme dans cette province est d'éviter les placements superflus, prématurés ou prolongés en institution. Les services de soins à domicile sont fournis en fonction des besoins et servent à aider les patients à préserver leur santé et leur indépendance en complétant les soins assurés par les membres de la famille et les soignants non professionnels.

In this province, we have a diverse group of people who are served by home care. Approximately 78 per cent of our home care clients are over the age of 65, and 45 per cent are over the age of 80. On a monthly basis, the number of seniors receiving public home care services represents about 6.7 per cent of the senior population.

We also have a large percentage of clients who have special needs, such as the physically or mentally challenged. We have clients who require long-term care services also and they represent about 75 per cent of our caseload. We have provisions in our home care program for coordination and integration, and we have one common assessment tool that we use in every region across the province. It manages the appropriate entry to the long-term care facilities.

The costs of providing health services are escalating. The future sustainability of this system as it currently exists is of increasing concern. Home care has received attention, both provincially and nationally, as an area which requires development in order to play a more significant role in meeting these changing needs, and to contribute to the sustainability of the system by enabling care to be provided in the most appropriate setting by the most appropriate care providers.

I will not go into the trends and issues, which are listed in our brief, but I am sure you will hear them repeatedly. They range from people living longer, to the baby boom generation and to the shift from chronic diseases. A trend that is particularly challenging for us is that many older persons in this province are care providers for their physically and/or mentally challenged family members.

Some of the challenges and opportunities for us in the future are around funding and resource allocation. The parameters of public funding for home care services vary widely across Canada. In the current system, private sector funding is essential to many of our home care programs. Further work is required to determine the appropriate balance of private and public expenditures, the appropriate allocation of resources within various sectors of the health system and consideration of what should fall under insured services. A comprehensive review of the Canada Health Act and its applicability to community-based services is recommended.

In January 2001, Pricewaterhouse Coopers was engaged by Health Canada to conduct a study of the private home care sector in Canada. This study was released in July and it provides valuable and current information about the involvement of informal caregivers in the provision of care in the home.

About 13 per cent of Canadians, ages 15 and over, are providing informal home care, either inside or outside the home. Caregivers provide an average of 22 hours of care per week in the home, and it is estimated that informal caregivers are providing

Dans notre province, on fournit des soins à domicile à un éventail assez varié de personnes. Environ 78 p. 100 sont des personnes âgées de plus de 65 ans, et 45 p. 100 ont plus de 80 ans. Sur une base mensuelle, le nombre de personnes âgées bénéficiant de soins publics à domicile représente environ 6.7 p. 100 de la population des aînés.

Nous avons aussi un pourcentage important de clients qui ont des besoins spéciaux, par exemple des handicaps physiques ou mentaux. Nous avons aussi des clients qui doivent recevoir des soins de longue durée et qui représentent environ 75 p. 100 de notre clientèle. Notre programme de soins à domicile comporte des dispositions de coordination et d'intégration, et nous avons un instrument commun d'évaluation que nous utilisons dans toutes les régions de la province pour gérer de façon pertinente l'accès aux établissements de soins de longue durée.

Le coût des services de santé ne cesse d'augmenter. On se demande donc de plus en plus comment on pourra maintenir le système actuel à l'avenir. Sur le plan provincial aussi bien que national, on examine activement le secteur des soins à domicile car c'est un secteur qu'il faut développer pour qu'il contribue plus activement à répondre à cette évolution des besoins et à maintenir la viabilité de notre système en permettant aux soignants les mieux placés de fournir les soins dans les conditions les plus appropriées.

Je ne vais pas revenir sur les tendances et sur les problèmes que nous présentons dans notre mémoire, mais je suis certaine que vous en entendrez abondamment parler. Cela va de la longévité accrue à la génération des baby-boomers en passant par l'importance croissante des maladies chroniques. Il y a une tendance particulièrement problématique pour nous, c'est le fait que de plus en plus d'aînés de cette province s'occupent de fournir des soins aux membres de leur famille qui ont un handicap physique ou mental.

À l'avenir, nous allons avoir des défis à relever et des ouvertures à saisir en matière de financement et de répartition des ressources. Les paramètres du financement public des services de soins à domicile varient considérablement d'une région à l'autre du Canada. Dans le contexte actuel, le financement du secteur privé est essentiel pour nombre de programmes de soins à domicile. Il faut poursuivre les recherches pour déterminer le bon équilibre entre dépenses privées et dépenses publiques, la bonne répartition des ressources entre les divers secteurs de la santé et les catégories de prestations qui doivent être assurées. Nous recommandons une révision de fond en comble de la Loi canadienne sur la santé et de son application aux services fournis sur une base communautaire.

En janvier 2001, Santé Canada a demandé à Pricewaterhouse Coopers de faire une étude sur les soins de santé à domicile au Canada. Cette étude, publiée en juillet, nous fournit des informations précieuses et d'actualité sur l'importance du rôle des soignants naturels dans les soins à domicile.

Environ 13 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus fournissent des soins informels à domicile, que ce soit à la maison ou à l'extérieur. Les soignants assurent en moyenne 22 heures de soins par semaine à domicile, et on estime que le montant de ces soins

approximately \$4 billion in unpaid home care per year in Canada. Informal caregivers will continue to play a role in contributing to the sustainability of the health system. The federal government has an important role in exploring tax incentives and other measures such as options that support caregivers, in some cases, to leave the workforce temporarily to provide informal care.

The provinces and territories are responding to emerging issues and needs in the home care sector through increased activity in the areas of innovation and developmental initiatives. This is an area where the federal government should continue to play a significant role through funding for research, evaluation and innovation.

In the medium to long term, this will influence adjustment of the various programs to meet broader system challenges. Examples include the expansion of research activity, the establishment of programs targeting the needs of specific groups, support for development of information systems and the expansion of the technology that supports service delivery to clients in their homes.

Ms Deborah Bradley, Manager of Public Health Policy, Department of Health and Social Services, P.E.I.: Chronic disease is a serious public health issue. It is a major cause of death in Prince Edward Island, as well as a cause of years of life lost, hospitalization and reduction in quality of life. For our purpose, chronic diseases are defined as non-communicable and include conditions such as cardiovascular disease, diabetes, asthma, cancer and arthritis.

Islanders, like other Atlantic Canadians, are generally less healthy than the people in the rest of the country. We smoke more, drink more, exercise less and carry more body weight. Although the P.E.I. rate of smoking is declining, 26 per cent of Islanders are regular smokers compared to the national average of 24 per cent.

In 1999, we had the highest rate of physical inactivity in the country and our children are becoming less active. Research has shown that Canadian children aged 11 to 15 were 30 per cent less active than children were eight years ago. Thirty per cent of Islanders are overweight compared to the national average of 31 per cent, and in the 15-year period from 1981 to 1996, the number of obese children in Canada has more than doubled. In P.E.I., we have one of the lowest rates of school completion and the second highest rate of unemployment in the country.

Not surprisingly, P.E.I. has some of the highest rates of chronic diseases such as cancer, heart disease and diabetes. P.E.I. has the highest rate of cardiovascular death among males in Canada, and we have one of the highest rates of death from lung cancer in males. In 1990, three per cent of Islanders over 25 years old had

fournis gratuitement par ces soignants informels représente l'équivalent d'environ 4 milliards de dollars par an au Canada. Ces soignants non professionnels vont continuer à contribuer de façon importante à préserver la viabilité de notre système de santé. Le gouvernement fédéral a donc un rôle important à jouer pour aider ces soignants à l'aide de stimulants fiscaux ou d'autres mesures, par exemple dans certains cas l'autorisation à cesser de travailler pendant un certain temps pour fournir des soins informels.

Les provinces et territoires répondent aux problèmes d'urgence et aux besoins du secteur des soins à domicile en accroissant leurs activités dans les domaines de l'innovation et du développement. C'est un domaine dans lequel le gouvernement fédéral devrait continuer de jouer un rôle important en finançant la recherche, l'évaluation et l'innovation.

À moyen et long terme, il contribuera ainsi à l'ajustement des divers programmes en fonction de défis plus vastes qui se présenteront. Il pourra s'agir par exemple d'élargir les activités de recherche, de mettre sur pied des programmes ciblés sur les besoins de groupes particuliers, d'aider à l'élaboration de systèmes d'information et au développement de la technologie contribuant à la prestation de services à domicile.

Mme Deborah Bradley, gestionnaire de la Politique de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Les maladies chroniques sont un grave problème de santé publique. Elles sont une des grandes causes de décès dans l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi qu'une cause de diminution de la durée et de la qualité de la vie et une cause d'hospitalisation. Nous définissons les maladies chroniques comme des maladies non transmissibles; il s'agit notamment de maladies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme et l'arthrite.

Comme le reste des Canadiens de la région atlantique, les habitants de notre Île sont dans l'ensemble en moins bonne santé que les habitants du reste du pays. Nous fumons plus, nous buvons plus, nous faisons moins d'exercice et nous avons un poids supérieur. Bien que le nombre de fumeurs diminue, 26 p. 100 des habitants de l'Île fument régulièrement, contre une moyenne nationale de 24 p. 100.

En 1999, nous avions le taux d'inactivité physique le plus élevé au pays, et nos enfants deviennent de moins en moins actifs. Des recherches ont montré que le niveau d'activité des enfants canadiens âgés de 11 à 15 ans avait diminué de 30 p. 100 par rapport à il y a huit ans. Trente pour cent des habitants de notre Île ont une surcharge pondérale comparativement à la moyenne nationale de 31 p. 100, et au cours de la période de 15 ans allant de 1981 à 1996, le nombre d'enfants obèses au Canada a plus que doublé. À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons l'un des plus faibles taux d'achèvement des études et le deuxième taux le plus élevé de chômage au pays.

Il n'est pas étonnant que l'on trouve dans notre Île des taux de maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiaques et le diabète qui sont parmi les plus élevés au Canada. Nous avons le taux le plus élevé de décès résultant de maladies cardiovasculaires chez les hommes au Canada, et l'un des taux de

diabetes. In 1999, the number rose to five per cent, and for 2001, we are estimating that will rise to seven per cent of Islanders.

The direct cost of chronic disease to the provincial health budget of \$278 million is high. In P.E.I., approximately one in every 10 health care dollars, or \$25 million, is spent on the treatment or management of diabetes and its related complications. Obesity costs the provincial health system from \$9 to \$15 million annually.

Chronic disease rates tend to increase with age. Over the next 30 years, the population aged 65 and over in P.E.I. will increase from 13 per cent to 28 per cent. We can expect to see the incidence of chronic diseases like cancer, heart disease and diabetes increase. Reducing the risk factors for chronic disease is our primary opportunity to improve the health of Islanders and Canadians, and to sustain our health care system.

To be effective, we must avoid becoming disease, risk factor or strategy focused. A population health approach must be taken. Population health refers to the health of the population. It recognizes that health is influenced by the determinants of health, including social, economic and physical environments, personal health practices, individuals' capacity and coping skills, human biology, early childhood development and health services.

Such an approach recognizes that many factors work together to influence the health of a population over the life span and contribute to the burden of chronic disease. Lifestyle factors that significantly contribute to chronic disease include smoking, physical inactivity, unhealthy eating patterns and immoderate use of alcohol. The societal factors include socio-economic inequality, deficient early childhood development, poor social connections and support, low levels of social-emotional competence and unhealthy environments. Several of these factors are outside the influence of the health system. Socio-economic status is a good example.

Health status increases as education and income levels increase. Therefore, Canadians with low levels of income and education tend to be less healthy. Of particular concern is that poverty in Canada falls disproportionately on children. We must work on increasing literacy skills and reducing social inequities to enable Canadians to achieve optimal health.

While much is being done, both in the province of P.E.I. and in Canada, there is more to do as the rates of chronic disease continue to be high. We must consider the comprehensiveness of current approaches and programs, and the setting in which they are delivered. To have a significant impact in preventing chronic disease, we must have a more formalized process to facilitate and ensure work is done in an integrated fashion. To do this, we need

décès dus au cancer du poumons les plus élevés chez les hommes. En 1990, 3 p. 100 des habitants de notre Île âgés de plus de 25 ans avaient du diabète. En 1999, ce nombre était passé à 5 p. 100, et on estime qu'en 2001 il aura atteint 7 p. 100.

Le coût direct de ces maladies chroniques dans le budget de la santé de notre province, soit 278 millions de dollars, est considérable. Nous consacrons environ un dixième du budget de la santé, soit 25 millions de dollars, au traitement ou à la gestion du diabète et de ses complications. L'obésité coûte de 9 à 15 millions de dollars par an à notre système de santé.

Les taux de maladies chroniques augmentent avec l'âge. Au cours des 30 prochaines années, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus à l'Île-du-Prince-Édouard va passer de 13 à 28 p. 100. On peut s'attendre à une augmentation de l'incidence des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiaques et le diabète. Notre première ligne d'intervention pour améliorer la santé des habitants de notre Île et des Canadiens et préserver notre système de soins de santé consiste à réduire les facteurs de risque de maladies chroniques.

Pour avoir une action efficace, nous devons éviter de nous polariser sur la maladie, les facteurs de risque ou une stratégie. Il faut avoir une démarche axée sur la santé de la population. C'est la santé qui doit être l'objectif. Cette démarche part du principe que la santé est déterminée par un certain nombre de facteurs, notamment le contexte social, économique et physique, les pratiques personnelles saines, l'aptitude des individus à faire face à la réalité, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé.

Dans une telle optique, on reconnaît que de nombreux facteurs contribuent ensemble à influencer sur la santé d'une population et déterminent le fardeau des maladies chroniques. Parmi les modes de vie qui contribuent de façon importante aux maladies chroniques, mentionnons le fait de fumer, l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires et la consommation excessive d'alcool. Parmi les facteurs d'ordre social, on peut citer l'inégalité socio-économique, les lacunes au niveau du développement de la petite enfance, la médiocrité des rapports et du soutien sociaux, la faiblesse du niveau de compétences socio-affectives et les environnements insalubres. Le système de santé ne peut pas intervenir sur un certain nombre de ces facteurs, par exemple le statut socioéconomique.

Plus les gens sont éduqués et ont un niveau de revenu élevé, plus ils sont en bonne santé. Autrement dit, les Canadiens économiquement faibles et peu éduqués ont tendance à être en moins bonne santé. Ce qui est particulièrement préoccupant, c'est que les enfants sont excessivement victimes de la pauvreté. Il faut nous efforcer d'améliorer l'alphabétisation et de réduire les inégalités sociales pour aider les Canadiens à avoir une santé optimale.

Bien qu'on fasse beaucoup d'efforts aussi bien dans notre Île que dans l'ensemble du Canada, il reste beaucoup à faire car les taux de maladies chroniques demeurent très élevés. Nous devons nous pencher sur l'intégralité des démarches et des programmes actuels et sur le contexte dans lequel on les exécute. Si nous voulons faire une percée importante dans la prévention des maladies chroniques, nous devons mettre en place une procédure

an integrated partnership with all levels of government, non-governmental organizations, the private sector and the medical community. Multiple strategies must be used and involve an array of organizations committed to reducing chronic disease. Supportive environments are key.

We must also use a population-based approach that considers the interaction of the determinants of health. The strategy needs to be comprehensive, integrated, and involve collaboration. It needs to be funded to make upstream investments and needs to consider settings. We know that integrated programs in settings such as schools, workplaces and neighbourhoods are more effective than isolated programs.

While using a population health approach, we should consider the role of health information and technology, as well as the supply of health professionals. Access to credible, timely and understandable health information is crucial for Canadians to make more informed decisions about their health and the health of their families.

The Internet is an important vehicle in delivering and facilitating access to consumer health information. While Canadians are high users of information technology, we must be cognizant that many Canadians do not have access to the Internet, and that many have low literacy skills. Therefore, it is crucial that the Internet does not fully replace other means to communicate health information and education such as print material, mass media and health intermediaries or health professionals.

The health system needs to be proactive in addressing the supply of professionals in our public health system. In particular, we will see a significant decrease in the current supply in many nursing professions over the next five years or so. This, coupled with an aging population, will only increase the demand for public health professionals.

There is a role for the federal government to play in identifying training, recruitment and retention problems and solutions. There is an increased need for ongoing training and skills development within the public health field to allow practitioners to adapt their skills and strategies to work within a population health approach. With research and careful planning, there is an opportunity to address many of the issues through the federal government's commitment to primary health reform or redesign.

There is great potential for a significant impact to be made in the area of chronic disease prevention in Canada. Our goal should be to make healthy living the norm. A shift, culturally and fiscally, must be made away from treating illness to preventing illness and encouraging individual responsibility for health. We can

plus structurée pour faciliter les choses et intégrer le travail. Pour cela, nous devons avoir un partenariat intégré avec tous les paliers de gouvernement, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et le monde médical. Il faut s'appuyer sur des stratégies multiples et faire intervenir tout un éventail d'organisations déterminées à faire reculer les maladies chroniques. Pour cela, il est essentiel que les environnements soient favorables.

Nous devons aussi nous appuyer sur une démarche axée sur la population qui prend en compte l'interaction des déterminants de la santé. Il faut que la stratégie soit complète, intégrée et qu'elle fasse appel à la collaboration. Elle doit s'appuyer sur un financement permettant la réalisation d'investissements en amont et elle doit prendre en considération les cadres. Nous savons très bien que des programmes intégrés dans des cadres tels que les écoles, le lieu de travail ou les quartiers sont plus efficaces que des programmes isolés.

Parallèlement à cette démarche axée sur la santé de la population, nous devons nous pencher sur le rôle de l'information et de la technologie de la santé ainsi que sur la disponibilité des professionnels de la santé. Si les Canadiens doivent pouvoir prendre des décisions mieux informées sur leur santé et la santé de leur famille, il est essentiel qu'ils puissent accéder rapidement à des informations crédibles et compréhensibles.

L'Internet est un important véhicule pour transmettre l'information et faciliter l'accès à cette information. Si dans l'ensemble, les Canadiens utilisent beaucoup la technologie de l'information, il ne faut pas oublier que beaucoup d'entre eux n'ont cependant pas accès à l'Internet et que beaucoup aussi sont peu éduqués. Il est donc très important de veiller à ce que l'Internet ne remplace pas complètement les autres moyens de communication des informations sur la santé et les autres instruments d'éducation tels que les imprimés, les médias et les intermédiaires ou les professionnels de la santé.

Il faut que le système de santé prenne l'initiative pour éviter une pénurie de professionnels de la santé. Nous savons notamment que les effectifs infirmiers actuels vont considérablement diminuer au cours des cinq prochaines années. Comme il va y avoir en même temps un vieillissement de la population, la demande de professionnels de la santé publique va s'accroître d'autant.

Le gouvernement fédéral a donc un rôle à jouer pour cerner les problèmes de formation, de recrutement et de rétention et y trouver des solutions. Il est de plus en plus nécessaire d'assurer une formation continue et un développement des compétences des spécialistes de la santé afin de permettre aux praticiens d'adapter leurs compétences et leurs stratégies à l'évolution de la santé de nos concitoyens. Si l'on fait de bonnes recherches et si l'on planifie soigneusement l'avenir, le gouvernement fédéral pourra répondre à bon nombre de ces problèmes en réformant ou en remaniant la santé primaire.

On peut réaliser des progrès considérables en matière de prévention des maladies chroniques au Canada. Notre objectif devrait être de faire qu'une vie saine soit la norme. Il faut modifier nos orientations culturelles et budgétaires de façon à prévenir la maladie et à encourager les particuliers à assumer la

accomplish this with a comprehensive and integrated approach based on best practices, population health and the determinants of health. The development of such a strategy will enable Canadians to make an upstream investment in strategic areas, anticipate and keep pace with current and future pressures, and ensure continued effectiveness of interventions in protection, promotion and prevention and our return on investment.

The federal government can act as a leader and facilitator responsible for inter-sectoral action for health. In developing strategies to improve the health of Canadians, we must be cognizant of what the health care system can influence or address.

The federal government can also take on a leadership role in initiatives related to health promotion and population health. They can facilitate partnerships and coordinate multi-sectoral initiatives with representatives of the sectors outside the health system. The federal government can also support such strategies by assisting in the dissemination of programs and materials and in the mobilization of resources and supports to ensure prevention initiatives are sustained.

They can also play a key role in facilitating and participating in research and demonstration projects, as well as through media campaigns, policy initiatives and surveillance and monitoring. With shared accountability for health outcomes, we can work together to meet common goals and objectives and ensure commitment to positive health outcomes.

Mr. Bill A. McKinnon, National Representative, Canadian Union of Public Employees, P.E.I. Division: CUPE P.E.I. represents over 2,200 working Islanders in various public sector occupations throughout the province. For a proportional overview of what that means is that one in 59 Islanders is a CUPE member. These employees are employed in areas such as Neil's Ambulance Service, the Queens County Residential Services, Southern Kings Group Home, the Cities of Summerside and Charlottetown, East Prince Health Authority, Eastern School Board, French School Board, Prince Edward Island Atlantic Baptist Nursing Homes, P.E.I. Federation of Labour, P.E.I. Teachers' Federation, Queens Health Authority, Southern Kings Health Authority, University of Prince Edward Island, West Prince Health Authority, Western School Board and Eastern Kings Health Authority.

Many of our members work in the health sector, for example, hospitals, nursing homes and ambulances, and we are also citizens of this province, so we have an appreciation and a special understanding of the problems in the health care sector, both from

responsabilité de leur santé au lieu de nous contenter de traiter les maladies. C'est possible dans le contexte d'une démarche globale et intégrée qui s'appuiera sur les meilleures pratiques, sur la santé de la population et sur les déterminants de la santé. La mise en place d'une telle stratégie permettra aux Canadiens d'investir en amont dans des secteurs stratégiques, d'anticiper et de s'adapter aux pressions actuelles et futures; elle nous permettra aussi de maintenir l'efficacité de nos interventions dans la protection, la promotion et la prévention et de rentabiliser notre investissement.

Le gouvernement fédéral doit mener et faciliter les initiatives intersectorielles au profit de la santé. Lorsque nous élaborons des stratégies pour améliorer la santé des Canadiens, nous devons être bien conscients des domaines dans lesquels notre système de soins de santé peut avoir une influence ou une action.

Le gouvernement fédéral peut aussi avoir un rôle de leader dans les initiatives liées à la promotion de la santé et à la santé de la population. Il peut encourager les partenariats et coordonner des initiatives plurisectorielles menées de concert avec des représentants de secteurs extérieurs à la santé. Le gouvernement fédéral peut aussi appuyer de telles stratégies en facilitant la diffusion des programmes et des instruments et en mobilisant les ressources et les soutiens garantissant la poursuite des initiatives de prévention.

Il peut aussi jouer un rôle essentiel en facilitant des projets de recherche et de démonstration et en y participant, et aussi en organisant des campagnes dans les médias, en prenant des initiatives stratégiques et en exerçant un rôle de surveillance et de contrôle. En nous partageant la responsabilité des résultats que nous obtiendrons dans le domaine de la santé, nous pourrions oeuvrer ensemble à la réalisation d'objectifs communs et mobiliser les énergies au profit d'une évolution positive de la santé.

M. Bill A. McKinnon, représentant national, Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'Île-du-Prince-Édouard: Le SCFP Î.-P.-É. représente plus de 2 200 travailleurs et travailleuses de l'Île occupant divers postes dans le secteur public dans toute la province. Pour vous donner une idée des proportions, cela veut dire qu'à l'Île-du-Prince-Édouard une personne sur 59 est membre du SCFP. Ces employés travaillent dans différents domaines comme Neil's Ambulance Service, les Queens County Residential Services, Southern Kings Group Home, les villes de Summerside et Charlottetown, East Prince Health Authority, le Conseil scolaire de l'Est, le Conseil scolaire français, Prince Edward Island Atlantic Baptist Nursing Homes, la Fédération du travail de l'Î.-P.-É., la Fédération des enseignants et enseignantes de l'Î.-P.-É., Queens Health Authority, Southern Kings Health Authority, University of Prince Edward Island, West Prince Health Authority, Western School Board et Eastern Kings Health Authority.

Nos membres sont nombreux à travailler dans le secteur de la santé, par exemple, les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les ambulances, et nous sommes aussi citoyens de cette province, ce qui implique que nous comprenons particulièrement les

the inside as workers and from the outside as citizens receiving an important service.

For workers, the situation has been difficult. In the hospital sector of Prince Edward Island, there have been many changes in the name of restructuring. People were moved from one bargaining unit to another, or to a different position within a particular health facility. Due to cuts to the provincial budgets and lack of spending on the part of government, health care workers have to do more with fewer resources.

This has led to a number of problems in the workplaces. The main one is workload. Health care workers are trying to provide the best services possible, but there are not enough hours in a workday, or enough staff to do the work. Working in health care is not like working on an assembly line in a factory. You cannot increase the speed and get more production in the end. When you are working in health care, you are dealing with human beings who are quite often at their most vulnerable. They are in need and health care workers must be there to care for and assist them.

The general problems that we are facing on Prince Edward Island are related to the amount of money our province spends on health care. In a report released on December 11, 2000, the Canadian Institute for Health Information reported that Prince Edward Island was the province that spends the least per capita in health expenditures. They said:

After adjusting for variations in the age and sex of provincial populations, estimated provincial government health care spending per capita in 1998 was highest in Newfoundland (\$2.007) and British Columbia (\$1.899), followed by Alberta (\$1.825), Quebec (\$1.764), Ontario (\$1.762), Manitoba (\$1.743), Nova Scotia (\$1.965), Saskatchewan (\$1.685), New Brunswick (\$1.637) and Prince Edward Island (\$1.602).

In a report release last week, the CIHI said:

Expenditures per capita in six of the provinces were within the range from \$1.800 to \$2.000 during 1999/2000. British Columbia, Manitoba and Newfoundland exceeded \$2.000 while Prince Edward Island was the only province to spend less than \$1.800 per capita.

This shows that there is an urgent need to spend more money on health care. We are facing a number of challenges because Prince Edward Island spends the least per capita in Canada. For example, we have a shortage of physicians, although recent reports tell us that we are going to have a few more, it will not be enough, and we have the lowest ratio of physicians, at 73 per 100,000 population in Canada.

problèmes dans le secteur des soins de santé, aussi bien de l'intérieur en tant que travailleurs que de l'extérieur, en tant que citoyens bénéficiant d'un service important.

Pour les travailleurs et travailleuses, la situation a été difficile. Dans le secteur hospitalier de l'Île-du-Prince-Édouard, il y a eu de nombreux changements au nom de la restructuration. Les gens ont été déplacés d'une unité de négociation à une autre, ou mutés à un poste différent dans un centre de santé particulier. À la suite des coupures dans les budgets provinciaux et de l'insuffisance des dépenses du gouvernement, les travailleurs de la santé disposent de moins de ressources.

Cela a entraîné toutes sortes de problèmes au travail. Le principal est la surcharge de travail. Les travailleurs et travailleuses de la santé essaient de dispenser les meilleurs services possible, mais il n'y a pas suffisamment d'heures dans une journée de travail, ou assez de personnel pour faire le travail. Travailler dans le domaine de la santé, ce n'est pas comme travailler sur une chaîne de montage dans une usine. Impossible d'augmenter la vitesse et de produire davantage. Lorsqu'on travaille dans le domaine de la santé, on traite avec des êtres humains qui sont souvent dans la situation la plus vulnérable qui soit. Ces personnes ont besoin d'aide et les travailleurs de la santé doivent être là pour s'occuper d'elles et les aider.

Dans l'ensemble, les problèmes auxquels nous nous heurtons à l'Île-du-Prince-Édouard sont liés aux sommes que la province consacre aux soins de santé. Dans un rapport publié le 11 décembre 2000, l'Institut canadien d'information sur la santé a annoncé que l'Île-du-Prince-Édouard était la province qui dépensait le moins par habitant dans le domaine de la santé. Le texte disait:

Compte tenu des variations dans l'âge et le sexe des populations provinciales, les dépenses de santé des gouvernements provinciaux par habitant en 1998 étaient d'après les estimations plus élevées à Terre-Neuve (2 007 \$) et en Colombie-Britannique (1 899 \$), suivie de l'Alberta (1 825 \$), du Québec (1 764 \$), de l'Ontario (1 762 \$), du Manitoba (1 743 \$), de la Nouvelle-Écosse (1 965 \$), de la Saskatchewan (1 685 \$), du Nouveau-Brunswick (1 637 \$) et de l'Île-du-Prince-Édouard (1 602 \$).

Dans un rapport publié la semaine dernière, l'ICIS déclarait:

Les dépenses par habitant dans six des provinces allaient de 1 800 \$ à 2 000 \$ au cours de l'année 1999/2000. Le chiffre était supérieur à 2 000 \$ en Colombie-Britannique, au Manitoba et à Terre-Neuve tandis que l'Île-du-Prince-Édouard était la seule province à dépenser moins de 1 800 \$ par habitant.

Ceci montre qu'il est urgent de consacrer davantage d'argent aux soins de santé. Nous avons de nombreuses difficultés parce que l'Île-du-Prince-Édouard est la province qui dépense le moins par habitant au Canada. Par exemple, il y a une pénurie de médecins, et bien que selon des rapports récents, nous devrions en avoir quelques-uns de plus, ce ne sera pas assez, car nous avons le ratio le plus faible de médecins, soit 73 pour 100 000 habitants au Canada.

The situation does not improve when you look at specialists. Again, Prince Edward Island is the lowest with a ratio of 55 per 100,000 population. There are tables with facts that substantiate those numbers that are in our brief.

With the reduced spending in health care, there are other problems that exist in the lives of people on Prince Edward Island. For example, there is a shortage of beds in nursing home or long-term care. The home care program is virtually non-existent. Although, Mary Hughes-Power did illustrate that they are doing the best they can with the resources they have. There are a great many people providing voluntary or non-professional care and that becomes the underpinning of home care on the Island. That is not good enough. It is much less than it could or should be.

There are a number of services not available on the Island. People have to drive to Nova Scotia and New Brunswick for specialized services in areas such as cardiology, neurology, oncology, burn unit services and specialized pediatric care.

One of the most important issues for Prince Edward Island is the level of funding from the federal government. The table in your presentation illustrates the equalization payments and the EPF plus the CAP — which changed in 1996 to the CHST — to the province from the federal government from 1980 to 2002.

Prince Edward Island lost money in equalization payments in 1991, 1992 and 1993. For that same period, the level of funding from the EPF and the CAP increased only marginally. In 1996-1997 and 1997-1998, the funding from the CHST decreased. It was difficult for Prince Edward Island to replace the money lost from the cuts in the funding from the EPF and CAP, and later CHST, because there was also less money coming in from other sources of revenue.

Health care for profit or privatization of health care is a very dangerous road to follow. The example of the United States, where health care is a private operation for the most part, should be enough proof that this system does not work. There are no savings and it is much more costly than our public health care system. Canada's private corporations are knocking on the door in the hopes that we will hand over control of our health care system.

In 1999, the Prince Edward Island government wanted to build a hospital using the public-private partnership, or PPP. This would have resulted in the loss of control of an important infrastructure to the private sector and the long-term costs for the province's taxpayers would have been higher. Citizens and workers on Prince Edward Island spoke out and opposed that formula. In the end, the government resumed its responsibility and now owns a new hospital being built in Summerside. Across the country, there are unfortunately many stories of privatization that did not end like the story in Summerside.

La situation n'est pas meilleure pour ce qui est des spécialistes. Encore une fois, l'Île-du-Prince-Édouard est la province où le ratio est le plus faible, 55 spécialistes pour 100 000 habitants. Vous trouverez dans notre mémoire des tableaux avec des indications confirmant ces chiffres.

À la suite de la réduction des dépenses en santé, d'autres problèmes viennent compliquer la vie des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard. Par exemple, il y a un manque de lits dans les centres de soins infirmiers ou pour les soins de longue durée. Le programme de soins à domicile est virtuellement absent. Pourtant Mary Hughes-Power a montré que l'on fait le maximum possible avec les ressources disponibles. De très nombreuses personnes dispensent des soins non professionnels ou à titre bénévole et c'est sur elles que reposent les soins à domicile dans l'Île. Ce n'est pas suffisant. C'est très loin de ce que ce l'on pourrait ou devrait faire.

Certains services n'existent pas dans l'Île. Il faut aller en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick pour des services spécialisés dans des domaines comme la radiologie, la neurologie, l'oncologie, les services de soins aux brûlés et les soins pédiatriques spécialisés.

L'un des principaux problèmes pour l'Île-du-Prince-Édouard, c'est le niveau de financement du gouvernement fédéral. Le tableau qui se trouve dans le document présente les montants de péréquation et du FPE ainsi que du RAPC — qui est devenu en 1996 le TCSPS — versés à la province par le gouvernement fédéral de 1980 à 2002.

L'Île-du-Prince-Édouard a perdu de l'argent dans les paiements de péréquation en 1991, 1992 et 1993. Pendant la même période, le niveau de financement du PFE et du RAPC n'a augmenté que de façon marginale. En 1996-1997 et en 1997-1998, le financement du TCSPS a diminué. Il était difficile pour l'Île-du-Prince-Édouard de remplacer l'argent perdu à la suite des réductions des sommes versées au titre du PFE et du RAPC, et plus tard du TCSPS, parce qu'il y avait aussi moins d'argent provenant d'autres sources.

Les soins de santé à but lucratif ou la privatisation des soins de santé constituent une option très dangereuse. L'exemple des États-Unis, où les soins de santé sont essentiellement privés, devrait pourtant être suffisant pour prouver que le système ne fonctionne pas. Il n'y a pas d'économie et c'est beaucoup plus coûteux que notre système de soins de santé public. Les entreprises privées canadiennes viennent frapper à la porte dans l'espoir que nous allons leur confier le contrôle de notre système de soins de santé.

En 1999, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard voulait construire un hôpital en recourant à un partenariat secteur public-secteur privé. Cela aurait provoqué une perte de contrôle sur une infrastructure importante au profit du secteur privé et les coûts à long terme pour les contribuables de la province auraient été plus élevés. Les citoyens et les travailleurs de l'Île-du-Prince-Édouard se sont vivement opposés à cette formule. À la fin, le gouvernement a repris ses responsabilités et il est maintenant propriétaire d'un nouvel hôpital que l'on construit à Summerside. Dans l'ensemble du pays, il y a malheureusement de

Governments and hospital corporations are opening their doors to privateers. They are doing it bit by bit. You see a laboratory, a kitchen, laundry services or cleaning services privatized but this slow movement takes them on a very dangerous course.

We recommend to the Senate committee that they demand that the Canadian government provide long-term and proper financing of the Canadian health care system. Cuts like the ones that we have seen in our health system in the last 10 to 15 years should never be permitted to occur again. This committee has a chance to influence the government in a way that would reinforce the fundamental principles of the Canada Health Act, and most importantly, leave a legacy for our children and grandchildren that we can all be proud of.

The Senate committee should oppose privatization. The only proper system of health care for Canadians is one that is affordable, accessible, publicly funded and publicly owned and operated. We have already mentioned the number of services that are not available to our population in this province. Privatization would only exasperate that problem. The experience of privatization elsewhere has demonstrated that it creates a two-tier health care and would be especially devastating for Prince Edward Island. We urge you to stand up for our precious health care system as a beacon for universal and accessible public health care.

Senator Callbeck: Ms Henry-MacDonald, you mention that there are few incentives in the health system, both for the providers of primary care and the people who are receiving the care. In your presentation, you say:

We suggest that incentives be investigated to assist citizens understand that the perceived right to universal health care is accompanied by a responsibility to use health care in a reasonable manner.

What are some of those incentives?

Ms Henry-MacDonald: The more education we can have about drugs and drug interaction and drug use and so on, the less people will be asking for prescriptions. An example is that some people expect to get a prescription every time they go to see a physician. We certainly should use the medicare responsibly and not everyone does, partly because they do not know. They do not have the education. That is just one example.

Senator Callbeck: Education is important in the whole health system. The other day in Toronto, we had a witness who said that in order for Canadians to have more confidence in the health system, they have to get more information and people have to become aware.

Ms Bradley, you provided statistics that do not show Islanders in a very good light. I remember that survey. You talk about the area of professionals, and that we are going to be lacking in so

nombreuses histoires de privatisation qui ne se sont pas terminées comme celle de Summerside.

Les gouvernements et les sociétés hospitalières ouvrent leurs portes au secteur privé. Ceci se fait petit à petit. Ils privatisent un laboratoire, une cuisine, des services de blanchisserie ou de nettoyage, mais ce mouvement lent les amène sur une voie très dangereuse.

Nous recommandons au comité du Sénat d'exiger que le gouvernement canadien assure un financement adéquat à long terme du système canadien de la santé. Des coupures comme celles que nous avons vues dans notre système de santé au cours des 10 à 15 dernières années ne doivent jamais pouvoir se reproduire. Ce comité a la possibilité d'influencer le gouvernement d'une façon qui renforcerait les principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé, et ce qui est encore plus important, laisserait à nos enfants et à nos petits-enfants un héritage dont nous pourrions tous être fiers.

Le comité du Sénat devrait s'opposer à la privatisation. Le seul système de santé approprié pour les Canadiens est un système abordable, accessible, financé par les fonds publics, appartenant à l'État et financé par lui. Nous avons déjà parlé de tous les services qui n'étaient pas offerts à la population de cette province. La privatisation ne ferait qu'exacerber le problème. Ce qui s'est passé ailleurs montre bien que la privatisation crée un système de santé à deux vitesses et serait particulièrement dévastatrice pour l'Île-du-Prince-Édouard. Nous vous demandons instamment de défendre notre précieux système de santé symbole de soins de santé accessibles et universels.

Le sénateur Callbeck: Madame Henry-MacDonald, vous mentionnez qu'il y a peu d'incitatifs dans le système de santé, aussi bien pour ceux qui dispensent les soins primaires que pour ceux qui les reçoivent. Vous dites dans votre exposé:

Nous pensons qu'il faudrait essayer de trouver des incitatifs pour aider les citoyens à comprendre que le droit à des soins de santé universels qu'ils estiment avoir s'accompagne de la responsabilité d'utiliser ces soins de santé de manière raisonnable.

Quels seraient ces incitatifs?

Mme Henry-MacDonald: Plus il y aura d'éducation concernant les médicaments, leur interaction, la façon de les utiliser, et cetera, moins les gens demanderont d'ordonnances. On sait par exemple que certaines personnes s'attendent à avoir une ordonnance chaque fois qu'elles vont voir un médecin. Nous devrions utiliser le système d'assurance-maladie de façon responsable et tout le monde ne le fait pas, souvent par ignorance. Ces personnes ne sont pas informées. C'est juste un exemple.

Le sénateur Callbeck: L'éducation est importante dans l'ensemble du système de santé. L'autre jour à Toronto, nous avons entendu un témoin dire que pour que les Canadiens aient plus confiance dans le système de santé, il fallait leur donner plus d'information et les sensibiliser.

Madame Bradley, vous avez donné des statistiques qui ne donnent pas une très bonne image des habitants de l'Île. Je me souviens de l'enquête. Vous parlez du domaine des professionnels

many categories. We are now, and the situation is going to get worse. Did you say that you thought that the federal government should take the major role here in coordinating all of this?

Ms Bradley: I think the federal government can take a role in assisting and working with the province in identifying some issues, trends, and training opportunities.

Senator Callbeck: Yesterday in Fredericton, we had a witness who felt that the role of coordinating all this, how we are going to deal with the situation and putting a plan in action, should be taken by an independent body outside of government. Do you have any thoughts on that?

Ms Bradley: It depends at what level. An independent body can evaluate the situation and make some recommendations, but the provinces and the federal government need to be involved in facilitating the training that is required. An independent body can look at what our needs are, but we need to be proactive to ensure that our health professionals have the skills required to do the job, and to address the needs that CUPE have certainly addressed. I do not see an independent body doing it alone. We need to be involved.

Senator Callbeck: No, I did not mean alone, but to take the initiatives and to get the federal government working with the provinces on this.

Ms Bradley: Regarding the question that you posed to Ms Henry-MacDonald, it is a large issue and education is extremely important, but another area that we need to look at is creating the supportive environments to make sure that it happens and that seniors can be educated and to take action. Not only by themselves, but also with physicians, home care workers and other professionals who may come in contact with them. Creating a supportive environment to make that happen is important.

Senator Callbeck: Mr. McKinnon, in your brief, the statistics illustrate the problem that a small province like Prince Edward Island has in providing these services and paying adequate wages to our people in the health field. You mentioned the funding from the federal government, CHST.

Yesterday in Fredericton, we had some witnesses talking about this formula and they felt there should be changes to this. Are you familiar enough with the formula to talk about that?

Mr. McKinnon: I will turn that over to Raymond who is our research person. He works in that area and would have the knowledge and expertise to answer that question.

Mr. Raymond Léger, Research Representative, Canadian Union of Public Employees, P.E.I. Division: The formula has been looked at and different groups have different options. If the federal government reduces the total amount of money spent on health care then whatever formula you pick will reduce the amount given to the provinces.

en disant qu'il va y avoir une pénurie dans un grand nombre de catégories. C'est déjà le cas et la situation va s'aggraver. Avez-vous dit que le gouvernement fédéral devrait, d'après vous, jouer le premier rôle et assurer la coordination de tout cela?

Mme Bradley: Je trouve que le gouvernement fédéral peut aider la province et chercher avec elle à déterminer les problèmes, les tendances et les possibilités de formation.

Le sénateur Callbeck: Hier à Fredericton, un témoin nous disait que ce devrait être un organe indépendant, extérieur au gouvernement, qui assure la coordination de tout cela, afin de voir comment nous allons répondre à la situation et mettre un plan en marche. Avez-vous des idées sur ce plan?

Mme Bradley: Tout dépend à quel niveau. Un organe indépendant peut évaluer la situation et présenter des recommandations, mais les provinces et le gouvernement fédéral doivent intervenir pour dispenser la formation nécessaire. Un organisme indépendant peut se pencher sur nos besoins, mais nous devons être proactifs pour être sûrs que nos professionnels de la santé ont les compétences voulues pour faire le travail, et pour répondre aux besoins que le SCFP a bien expliqués. Je ne vois pas un organisme indépendant faire cela tout seul. Nous devons participer.

Le sénateur Callbeck: Non, je ne voulais pas dire seul, mais je parlais de prendre les initiatives et d'amener le gouvernement fédéral à travailler avec les provinces sur ce dossier.

Mme Bradley: En ce qui concerne la question que vous avez posée à Mme Henry-MacDonald, c'est un grand problème et l'éducation est extrêmement importante mais nous devons aussi essayer de créer un climat favorable afin de rendre tout cela possible et que les personnes âgées puissent être éduquées et agir. Non pas seules, mais aussi avec les médecins, les travailleurs de la santé à domicile et les autres professionnels avec qui elles peuvent être en contact. Il est très important de créer un climat positif qui rende tout cela possible.

Le sénateur Callbeck: Monsieur McKinnon, dans votre mémoire, les chiffres montrent le problème auquel se heurte une petite province comme l'Île-du-Prince-Édouard quand elle veut fournir ces services et payer des salaires adéquats aux personnes qui travaillent dans le domaine de la santé. Vous avez parlé du financement du gouvernement fédéral, le TCSPS.

Hier à Fredericton, certains témoins parlaient de cette formule en disant qu'il faudrait faire des changements. Connaissez-vous suffisamment la formule pour en parler?

M. McKinnon: Je vais demander à Raymond, notre chargé de recherche, de vous répondre. Il travaille dans ce domaine et il doit avoir les connaissances et l'expérience voulues pour répondre à la question.

M. Raymond Léger, Research Representative, Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'I.-P.-É.: La formule a été examinée et les options proposées sont différentes selon les groupes. Si le gouvernement fédéral réduit la somme totale consacrée aux soins de santé, quelle que soit la formule choisie, le montant donné aux provinces diminuera.

Each of the provinces reacted differently. Some continued to increase their provincial budgets and took money away from other services and put the funds into health. Other provinces did not do that, and as a result there were cutbacks and layoffs and less people working in the health sector.

We can discuss the formula, but the bottom line is that the overall funding that the federal government spends cannot go down. There may be a little adjustment, but the fundamental issue for us is still the total spending.

Senator Callbeck: The CHST is really based on per capita. Do you feel that is fair? Do you believe that we should get the same amount per capita as a province like Alberta? In Prince Edward Island, for example, our senior citizen population is large and increasing. When the federal government sets the amount of money that we should get per capita, should need come into it? If it does not, then how is a province like Prince Edward Island ever going to get their services up to the level of provinces like Alberta? The services will never be the same if each dollar per person is worth only 90 cents. There should be a lot of other things that go into this formula.

Mr. McKinnon: You are talking about the CHST, but the other side of the equation is equalization. The balancing act that you are talking about is not just funding that comes from CHST. The bundle of money that used to be the EPF and the CAP is now the CHST. My understanding is that they took those two programs and melded them into one.

The balancing act that you are talking about between the "have" provinces versus the "have not" provinces becomes equalization. Our government has been screaming in the federal forum for months now, as have New Brunswick, Nova Scotia and Newfoundland. We have been saying that equalization has to increase to offset the imbalance that we have with provinces like Alberta.

I think the issue is not so much whether the CHST is fair on a per capita basis in Alberta versus P.E.I. The question is, on top of CHST, what about equalization which is intended to offset those imbalances?

Senator Callbeck: Yes, equalization is intended to bring it up to a certain level. I go back to the CHST when the two programs were combined. It has been suggested that the program should be looked at again and that other factors be considered such as the number of senior citizens or greater need in certain areas. We have very a very high incidence of certain diseases here that should be considered.

Mr. McKinnon: I think I agree with where you are going. I go back to when the CHST was established in 1986. CUPE was demonstrating at the legislature. We said, "Look, the EPF and the CAP are not perfect, but what they do is force government to focus money that is assigned to these programs, whether they like

Chacune des provinces a réagi différemment. Certaines ont continué à augmenter leur budget provincial et ont enlevé de l'argent à d'autres services pour financer la santé. D'autres provinces ne l'ont pas fait et en conséquence il y a eu des coupures, des mises à pied et une réduction du nombre de personnes travaillant dans le secteur de la santé.

Nous pouvons discuter de la formule, mais en dernière analyse, le financement versé par le gouvernement fédéral ne peut pas diminuer. Il peut y avoir de petits ajustements, mais le problème fondamental pour nous reste le financement total.

Le sénateur Callbeck: Le TCSPS est en fait basé sur le nombre d'habitants. Trouvez-vous que ce soit juste? Pensez-vous que nous devrions toucher le même montant par habitant qu'une province comme l'Alberta? À l'Île-du-Prince-Édouard par exemple, la population du troisième âge est importante et augmente. Lorsque le gouvernement fédéral se base sur le nombre d'habitants pour déterminer les sommes allouées, devrait-on tenir compte des besoins? Sinon, comment une province comme l'Île-du-Prince-Édouard va-t-elle jamais réussir à accroître ses services pour être au même niveau que des provinces comme l'Alberta? Les services ne seront jamais les mêmes si chaque dollar par personne ne vaut que 90 cents. Beaucoup d'autres facteurs devraient intervenir dans cette formule.

M. McKinnon: Vous parlez du TCSPS, mais l'autre élément de l'équation c'est la péréquation. Pour arriver à l'équilibre dont vous parlez, il n'y a pas que les fonds venant du TCSPS. Tout l'argent qui correspondait au FPE et au RAPC correspond maintenant au TCSPS. Si je ne me trompe pas, on a pris ces deux programmes pour les réunir en un seul.

L'équilibre dont vous parlez entre les provinces «nantes» et les provinces «pauvres» devient la péréquation. Notre gouvernement proteste depuis des mois maintenant au niveau fédéral, comme le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve. Nous soutenons que la péréquation doit augmenter pour compenser le déséquilibre qui existe avec des provinces comme l'Alberta.

Je pense que la question n'est pas tant de savoir si le TCSPS basé sur le nombre d'habitants est plus équitable en Alberta ou à l'Île-du-Prince-Édouard. La question est surtout de savoir comment, indépendamment du TCSPS, la péréquation peut compenser ces déséquilibres.

Le sénateur Callbeck: Oui, la péréquation est censée hausser le niveau jusqu'à un certain point. Je reviens au TCSPS au moment où les deux programmes ont été combinés. On a dit qu'il faudrait réexaminer le programme et peut-être prendre en compte d'autres facteurs comme le nombre de personnes du troisième âge ou l'importance des besoins dans certains secteurs. Nous avons une très forte incidence de certaines maladies ici qui devrait être prise en considération.

M. McKinnon: Je suis de votre avis. Le TCSPS a été établi en 1986. Le SCFP manifestait à l'Assemblée législative. Nous disions: «Le PFE et le RAPC ne sont pas parfaits, mais au moins ils obligent le gouvernement à consacrer de l'argent spécifiquement à ces programmes, que cela leur plaise ou non.»

it or not." Because if they do not, they do not get it, or they have to cough it up.

The CHST created a formula where a province, as I said before, can pluck. What we end up with is per capita now instead of everyone spending \$2,000 per capita on health care. The statistics range from \$2,007 in Newfoundland and \$1,602 in Prince Edward Island, and you are absolutely right. Instead of that extra \$400 per capita being forced to targeted programs we have seen the chipping away of those monies into what are seen as other necessary programs. We cannot get the money any other way, and the programs that everyone here is talking about have suffered.

In 1996, we said, "The CHST is less preferable to what we already have. The EPF and the CAP may not be perfect, but why not try and fix those programs and prop them up?" That was not the direction taken by the government of the day. I agree with you that they should have, instead of going to the CHST and the "do with it as you please" process that resulted in these imbalances in per capita. Yes, they should have focused the money and said, "You cannot touch that health care money. It has to go into health care."

Let us talk about putting more money in so that everyone has a higher per capita in that area but no one can pick at it for schools, for roads, for that sort of thing.

The Deputy Chairman: We have had witnesses from all across the country talk about bringing in other demographic figures because of the aging population and the differences in the cost of living in the different regions of the country.

Senator Léger: I am very, very happy to hear about the seniors and home care. Is that an avenue that is being augmented as far as demands are concerned or is it just simply always the last one on the list?

Ms Henry-MacDonald: Do you mean studies about the use of home care? Up until now the concentration has been on acute care. When individuals are discharged from hospitals they need home care. As a result of the need for home care we are hearing more about it. We do not have enough, but it is being talked about.

I know our government is trying to switch from keeping seniors in hospitals to sending them home to be cared for. This has presented the need to supply a service at home. It is difficult to stop the use of the acute care and start up home care because in the interim we need dollars for both. However, I think that it is coming.

Senator Léger: How about that group of old people, with different illnesses that need help but not necessarily hospital care? Are you getting help for these people who are getting older and want to die at home?

Parce que s'ils ne le font pas, ils ne l'obtiennent pas, ou ils doivent payer eux-mêmes.

Le TCSPS a créé une formule qui permet aux provinces de faire le tri, comme je l'ai dit tout à l'heure. Nous avons maintenant un calcul basé sur le nombre d'habitants au lieu que tout le monde dépense 2 000 \$ par habitant pour les soins de santé. Les chiffres vont de 2 007 \$ à Terre-Neuve à 1 602 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard, vous avez absolument raison. Au lieu que ces 400 \$ par habitant aillent obligatoirement à des programmes ciblés, nous avons vu ces sommes s'effriter pour aller vers d'autres programmes jugés nécessaires. Nous ne pouvons pas obtenir l'argent autrement, et les programmes dont chacun parle ici ont tous souffert.

En 1996, nous avons dit: «Le TCSPS n'est pas aussi bien que ce que nous avons déjà. Le FPE et le RAPC ne sont peut-être pas parfaits, mais pourquoi ne pas essayer de les ajuster pour les remettre d'aplomb?» Ce n'est pas ce qu'a choisi le gouvernement à l'époque. Je suis d'accord avec vous, c'est ce qui aurait dû être fait, au lieu d'opter pour le TCSPS et le système de choix qui a entraîné ces déséquilibres. Oui, on aurait dû affecter l'argent à certaines choses en disant: «Vous ne pouvez pas toucher cet argent réservé aux soins de santé. Il doit être consacré aux soins de santé».

Il faudrait verser davantage afin que chacun ait une somme par habitant plus élevée dans ce domaine, mais interdiction d'utiliser l'argent pour les écoles, les routes, et cetera.

La vice-présidente: Nous avons entendu des témoins de partout dans le pays nous parler d'utiliser d'autres données démographiques étant donné le vieillissement de la population et les différences de coût de la vie dans les diverses régions du pays.

Le sénateur Léger: Je suis très, très heureuse d'entendre parler d'ainés et de soins à domicile. Est-ce que la demande augmente dans ce domaine où est-ce toujours le dernier point sur la liste?

Mme Henry-MacDonald: Vous parlez des études sur les soins à domicile? Jusqu'à présent, on s'est concentré sur les soins actifs. Or, quand les personnes quittent l'hôpital, elles ont besoin de soins à domicile. C'est pour cela qu'on commence à en parler plus. Ce n'est pas suffisant, mais on en parle.

Je sais que notre gouvernement essaie de faire en sorte que les gens puissent rentrer chez eux pour y recevoir des soins plutôt que de rester à l'hôpital. Il a donc fallu prévoir un service à domicile. Il n'est pas facile de restreindre les soins actifs en développant les soins à domicile parce que pendant la période de transition, il faut de l'argent pour les deux. Toutefois, je pense que c'est en bonne voie.

Le sénateur Léger: Qu'en est-il des personnes âgées qui ont des maladies différentes et qui ont besoin d'aide, mais pas nécessairement d'être soignées en milieu hospitalier? Avez-vous de l'aide pour ces personnes qui vieillissent et qui veulent mourir chez elles?

Ms Henry-MacDonald: We are getting some help but we are not getting enough. We recognize that some people need to go to nursing homes, people that need 24-hour supervision. Our government cannot provide the type of care that they need in their home. Many aged seniors would stay at home if they had some help. We have the funds to help some of them but not enough money to provide adequate services for all of them.

Mr. Léger: The balance between long-term care, nursing homes and home care, is a difficult one. I know that you have a lot of specialized services in nursing homes and long-term care facilities, and yet when it comes to home care, there are a lot of people in need of those same specialized services who are not getting them.

You have to find a balance between services that are provided in nursing homes and long-term care facilities, and services that are provided to people that want to stay at home. They should have access to all of those so-called professional services. That is where the discrepancy occurs. Home care has not been developed in such a way as to provide all the necessary services to the people who need them.

If we want proper home care we must provide the patients with the same quality professional service that they would receive in nursing homes. In New Brunswick the government pays \$10.50 an hour for home care and for the most part, none of those people are professionals. They are people who are either hired by agencies or by the government but they are not health care professionals.

In the nursing homes we had the same problem, but the government addressed it by asking that 40 per cent of the workers be RNA's, 20 per cent nurses, and the other 40 per cent "aides." They have increased the RNA's to 40 per cent in the nursing homes. We need to look at a balance similar to that for our home care system.

Ms Bradley: Moving from acute care to home care is a good example of our challenge. We have limited funding. You talk about balance, and that is a good word to use. We almost need two parallel systems while we make that shift. We are in a position where it is very difficult to do given the limited resources that we have.

The Deputy Chairman: There is a lot of support for home care provisions under the Canada Health Act, but there are great discrepancies between the provinces, and no uniform model to follow. There seems to be 13 different little islands.

It is my great pleasure to thank each and every one of our witnesses for appearing. Your testimony was very compelling and we will certainly take all of your representations into consideration when we prepare our report. We heard you loud and

Mme Henry-MacDonald: Nous recevons un peu d'aide, mais pas suffisamment. Nous reconnaissons que certaines personnes doivent être placées dans des foyers de soins infirmiers, les personnes qui ont besoin de surveillance 24 heures sur 24. Notre gouvernement ne peut pas leur fournir les soins nécessaires à domicile. Bien des personnes âgées préféreraient rester à la maison si elles pouvaient avoir une aide à domicile. Nous avons des fonds pour en aider certaines, mais assez pour assurer des services satisfaisants à toutes ces personnes.

M. Léger: Il est difficile de trouver le bon équilibre entre les soins de longue durée, les foyers de soins infirmiers et les soins à domicile. Je sais que vous avez de nombreux services spécialisés dans les foyers de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée, alors que dans le cas des soins à domicile, il y a bien des gens qui auraient besoin de services spécialisés identiques mais qui ne peuvent pas les avoir.

Il faut trouver l'équilibre entre les services fournis dans les foyers de soins infirmiers ou les établissements de soins de longue durée et les services offerts aux personnes qui veulent rester chez elles. Ces personnes devraient pouvoir avoir accès à tous ces services dits professionnels. C'est là qu'il y a un décalage. Les services de soins à domicile n'ont pas été structurés de manière à pouvoir fournir tous les services nécessaires aux personnes qui en ont besoin.

Si nous voulons que les services de soins à domicile fonctionnent correctement, il faut pouvoir donner aux patients la même qualité de services professionnels que dans un foyer de soins infirmiers. Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement paie 10,50 \$ de l'heure les personnes qui donnent des soins à domicile et qui pour la plupart ne sont pas des professionnels. Ce sont des personnes engagées par des agences ou par le gouvernement, mais ce ne sont pas des professionnels de la santé.

Dans les foyers de soins infirmiers, nous avons eu le même problème, mais le gouvernement y a répondu en exigeant que 40 p. 100 de ces travailleurs soient des infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés, 20 p. 100 des infirmières ou infirmiers et les 40 p. 100 restants des aides infirmiers ou infirmières. Le pourcentage d'infirmières auxiliaires autorisées a été porté à 40 p. 100 dans les foyers de soins infirmiers. Il faut trouver un équilibre analogue pour notre système de soins à domicile.

Mme Bradley: La transition des soins actifs aux soins à domicile est un bon exemple du défi auquel nous sommes confrontés. Nos fonds sont limités. Vous parlez d'équilibre, et c'est un terme judicieux. Il faudrait pratiquement avoir deux systèmes en parallèle pendant la transition. Actuellement, c'est très difficile car nos ressources sont limitées.

La vice-présidente: Beaucoup de gens sont favorables aux dispositions de la Loi canadienne sur la santé en matière de soins à domicile, mais il y a des écarts considérables entre les provinces et il n'existe pas de modèle uniforme. On a l'impression que ce sont 13 petites îles différentes.

Je suis très heureuse de remercier tous nos témoins. Votre témoignage a été très convaincant et nous tiendrons compte de vos arguments lorsque nous préparerons notre rapport. Nous avons parfaitement reçu votre message sur la privatisation, monsieur

clear. Mr. McKinnon, about privatization. I would like to call the next set of witnesses to the table.

Dr. Peter MacKean, Chairman of the Board, College of Family Physicians of Canada: I am privileged to be able to meet with you today. I want to thank you for forming this committee. It is a very important time in our history. We are at a crossroads and I think your work is going to be critical in ensuring the future of medicare in Canada.

I have been requested to appear before this committee as an individual citizen. However, I do happen to be the Chairman of the Board of the College of Family Physicians of Canada.

I respectfully suggest that it would be very appropriate for you to invite the College of Family Physician to appear before your committee. We have many suggestions that may assist you in your deliberations. The principles of founding medicine mesh very closely with the principles of medicare. They are virtually indistinguishable.

I have read your document with great interest. I am especially interested in primary care reform. At the College of Family Physicians of Canada we have been looking at this and we have put forward a document that we feel offers a solution for health care in Canada. The document is called "Primary Care and Family Medicine in Canada: A Prescription for Renewal." It is based on a model of family practice network where networks of family doctors work in teams with nurses and other professionals. The hierarchical system would be eliminated and instead there would be two teams working together respecting each other's function.

We see the doctor as the primary coordinator of medical care but also see them working in teams with the other professionals. We see nursing having a major role in this proposed new system. We feel that public education and working within the communities is very important. We also feel that this network would support your goals of addressing population health.

We see multidisciplinary teams being part of the community. Situations like Davis Inlet would not have occur if there had been a family practice network with multidisciplinary teams working in the community. I believe that situation would not have occurred if the networks had been in place.

I wanted to comment on incentives and I want to comment on fee for service. You are suggesting an alternate fee for service for the Canadian medicare system. We have looked at this. Our organization has issued briefs on this since the early 90s. At that time we proposed changes to the payment system. We feel that the solo method does not meet the needs of Canadians or physicians very well and we have suggested changes. However, we do urge some caution when introducing alternate payment plans for physicians. Changes should not be brought in under the element of coercion but rather with the support of the physician.

McKinnon. Je vais maintenant inviter le groupe de témoins suivant à s'approcher.

Le Dr Peter MacKean, président du conseil d'administration, Collège des médecins de famille du Canada: C'est pour moi un privilège de vous rencontrer aujourd'hui. Je tiens à vous remercier d'avoir constitué ce comité. Nous sommes à un point très important de notre histoire. Nous sommes à la croisée des chemins et je pense que votre travail va être critique pour l'avenir de l'assurance-maladie au Canada.

On m'a invité à comparaître à titre individuel. Toutefois, je suis président du Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada.

J'aimerais respectueusement vous suggérer qu'il serait très utile d'inviter le Collège des médecins famille du Canada à comparaître. Nous avons de multiples suggestions qui pourraient être susceptibles de vous aider. Les principes de la médecine sont étroitement liés aux principes de l'assurance-maladie. En fait, ils sont pratiquement indissociables.

J'ai lu votre document avec beaucoup d'intérêt. Je m'intéresse particulièrement à la réforme des soins de première ligne. Le Collège des médecins de famille du Canada s'est penché sur la question et a rédigé un document qui propose à notre avis une solution pour les soins de santé au Canada. Ce document s'intitule «Soins de première ligne et médecine familiale au Canada: une ordonnance de renouvellement». Il s'appuie sur un modèle de réseaux de pratique familiale où les médecins de famille s'associent avec des infirmières et infirmiers et d'autres professionnels. Avec ce modèle, on supprimerait le système hiérarchique et on le remplacerait par deux équipes qui collaboreraient en se respectant mutuellement.

Nous estimons que le médecin est le principal coordonnateur des soins médicaux, mais qu'il travaille en équipe avec d'autres professionnels. Nous pensons que les soins infirmiers ont un rôle important à jouer dans le nouveau système que nous proposons. À notre avis, il est très important d'éduquer le public et de travailler au sein même des communautés. Nous pensons aussi que ce réseau irait dans le sens de vos objectifs d'amélioration de la santé de la population.

Nous pensons qu'il faudrait mettre en place des équipes pluridisciplinaires dans la collectivité. Des drames comme celui de Davis Inlet ne devraient pas se produire s'il y avait un réseau de médecins de famille et d'équipes multidisciplinaires qui travaillaient au sein de la collectivité. Je pense que cette tragédie ne se serait pas produite s'il y avait eu ce genre de réseaux.

Je voulais faire une remarque sur les incitatifs et sur la rémunération des services. Vous suggérez une option de paiement à l'acte dans le cadre au régime d'assurance-maladie au Canada. Nous avons examiné la situation. Notre organisation a publié plusieurs mémoires à ce sujet depuis le début des années 90. À l'époque, nous avons proposé de modifier le système de paiement. Nous estimons que la méthode unique ne correspond pas bien aux besoins des Canadiens et des médecins et nous avons suggéré des modifications. Toutefois, nous recommandons la prudence lorsqu'on met en place des formules de paiement différentes pour les médecins. Il ne faut pas imposer les

I have highlighted some of those comprehensive cares in my brief. They concern items such as home care, hospital care, palliative care, and obstetrical care.

We have a crisis in obstetrical and maternity care. Within the next ten years, we are going to experience a shortage of midwives, family physicians and obstetricians. This issue is not being addressed and incentives are not in place to keep those professionals in Canada. I think incentives and alternate payment plans is the way to go. We can not force the physicians into this line of work but must encourage them by positive plans that will make them want to come into this particular type of practice.

Population health is a very complex area. It involves multi-centre work. The terms of one of our principles of family medicine is advocacy for the Canadian people. This principle is one of our cornerstones and we believe that we must address all these things but we cannot do it alone. It must involve other health professionals and other members of the public. We need to work together to meet these needs. Many of the issues in population health really lie outside of the health sector. The importance of education is paramount to the issue of population health.

We strongly support information technology. Many of these networks are virtual networks, especially in isolated areas of Canada. In order for teams to work together we need a solid information technology service. We strongly support all efforts that are being made in that area. Our College thought we had a solution to that problem and had a multi-national company working on it. However, due to the economy, they were unable to carry on their work in Canada. We understand that others are prepared to take that on.

Research is another cornerstone to making the proper decisions for the future. We support your idea of doubling the amount of research dollars. We support the Canadian Institute of Health Research structure. We are concerned how primary care research, structure research, basic clinical research and the health system are going to fit into the CIHR. We have had researchers trying to work in this area, but there is just not enough money for us to do that.

We strongly support pharmacare, home care and all medically necessary home care services. We support essential prescribed medication and believe it should be included within the medicare program.

We feel there should be a single payer in Canada. Whether services are delivered by the public or private system we feel that both should meet the same standards. There needs to be further research in this area of private sector delivery of services.

modifications par la contrainte, mais plutôt les mettre en place avec l'appui du médecin.

Je souligne certaines de ces formules d'ensemble de soins dans mon mémoire. Il s'agit notamment des soins à domicile, des soins hospitaliers, des soins palliatifs et des soins obstétriques.

Nous avons une crise des soins obstétriques et des maternités. D'ici 10 ans, nous allons avoir une pénurie de sages-femmes, de médecins de famille et d'obstétriciens. On ne s'attaque pas à ce problème et on ne met pas en place des stimulants en vue de maintenir ces professionnels au Canada. Je pense que la solution, c'est de proposer des stimulants et d'offrir des modes différents de paiement. On ne peut pas obliger les médecins à faire ce travail, mais on peut les y inciter au moyen de plans positifs qui les attireront vers ce type de pratique.

La santé de la population est un domaine très complexe qui fait intervenir de multiples centres d'activité. L'un de nos principes de médecine familiale est d'être les porte-parole des Canadiens. Ce principe est l'une des pierres angulaires de notre action et nous estimons que nous devons nous attaquer à toutes ces questions, mais que nous ne pouvons pas le faire seuls. Il faut que les autres professionnels de la santé et les autres représentants du public y participent. Nous devons tous travailler ensemble pour répondre à ces besoins. De nombreux problèmes de santé débordent du secteur de la santé. L'éducation a une importance cruciale pour la santé de la population.

Nous sommes fortement favorables à la technologie de l'information. Beaucoup de ces réseaux sont des réseaux virtuels, surtout dans les régions isolées du Canada. Pour permettre aux équipes de travailler en association, nous avons besoin d'un solide service de technologie de l'information. Nous sommes très favorables à tous les efforts réalisés dans ce domaine. Notre Collège pensait avoir trouvé une solution à ce problème et a chargé une société multinationale d'y travailler. Toutefois, pour des raisons économiques, elle n'a pas pu faire son travail au Canada. Nous croyons savoir que d'autres sont prêts à le faire.

La recherche est une autre assise essentielle pour prendre de bonnes décisions pour l'avenir. Nous approuvons votre idée de doubler le montant consacré à la recherche. Nous approuvons la structure des Instituts de recherche en santé du Canada. Nous nous demandons toutefois comment la recherche sur les soins de première ligne, la recherche sur les structures, la recherche clinique fondamentale et le système de santé vont être intégrés dans ces IRSC. Certains de nos chercheurs ont essayé de travailler dans ce domaine, mais nous n'avons pas assez d'argent.

Nous approuvons entièrement l'assurance-médicaments, les soins à domicile et tous les services de soins à domicile médicalement nécessaires. Nous sommes d'accord pour que les médicaments essentiels prescrits sur ordonnance soient inclus dans le programme d'assurance-maladie.

Nous estimons qu'il devrait y avoir un seul payeur au Canada. Que les services soient assurés par le secteur public ou le secteur privé, nous estimons qu'ils devraient respecter les mêmes normes. Il faut approfondir les recherches dans ce domaine de la prestation des services dans le secteur privé.

We have two other briefs for your review. One of them is a report we submitted to Honourable Roy Romanow entitled, "Shaping the Future of Health Care in Canada." The summary is on the last few pages and presents a blueprint for the future of health care in Canada.

We have suggested a comprehensive solution to activate primary care renewal and suggest that by working collaboratively we can ensure a strong and sustainable medicare system that will promote the best health for Canadians now and for generations to come.

Mr. Iain Smith, Drug Utilization Coordinator, Queen Elizabeth Hospital: I am an employee of the Queen Elizabeth Hospital. However, the opinions expressed are mine, and not those of the hospital.

My remarks will be limited to pharmaceuticals and specifically to the concern about pharmaceutical costs. In general, the efforts that are collaborative or give some top-down direction from the federal agencies are to be welcomed within the provinces in terms of reducing the amount of time and energy spent on creating similar things and in terms of creating continuity.

In looking at the report and its objectives, it is clear to me that we are examining the federal role in the provision of health care to Canadians, and specifically the issue of reducing the cost of prescription drugs. This issue is discussed in section 8.8.

There is an area of discussion that is conspicuously absent. The cost of prescription drugs is increasing at an alarming rate, and according to the report prescription drugs take up 16 per cent of the total health care budget.

I believe that if the federal government is going to make a significant impact on reducing this rate, more effort should be devoted to the approval process for drugs in Canada.

As things stand, new drug products get approval based almost exclusively on clinical data generated by drug company sponsored trials. In many cases, the principal investigators have an inherent bias towards returning positive results because negative results will lessen the likelihood that the individuals will be invited to participate in future trials. It is a natural sort of bias that arises.

The federal government should take a more active role in assuring that new drug therapies are approved based on reasonable evidence and not solely on evidence from the pharmaceutical companies. Toward that end, clinical trials in Canada involving human subjects should be closely scrutinized by federal agencies. Pharmaceutical companies should not be able to claim trial results as intellectual property and do with them as they please because they are human trials. All clinical trials involving human subjects should be open to examination and criticism and an outside and impartial body should analyze the data from the trials. Such a body should have no vested interest in returning positive results.

Nous avons deux autres mémoires à vous soumettre. L'un d'eux est un rapport que nous avons remis à l'honorable Roy Romanow, et qui s'intitule «Façonner l'avenir des soins de santé au Canada». Vous en avez un résumé dans les dernières pages; c'est un plan directeur pour l'avenir des soins de santé au Canada.

Nous avons proposé une solution globale pour lancer le renouvellement des soins de première ligne et nous pensons qu'en travaillant en collaboration, nous pouvons assurer la mise en place d'un système d'assurance médicale solide et durable qui garantira la meilleure santé possible aux Canadiens d'aujourd'hui et aux générations futures.

M. Iain Smith, coordonnateur de l'Utilisation des médicaments, Hôpital Queen Elizabeth: Je suis un employé de l'Hôpital Queen Elizabeth. Toutefois, mes remarques représentent mes opinions personnelles et non pas celles de l'Hôpital.

Je vais m'en tenir aux produits pharmaceutiques et plus précisément aux préoccupations concernant les coûts de ces produits. En général, les efforts de collaboration ou visant à laisser aux organismes fédéraux le soin d'imposer les orientations doivent être bien accueillis dans les provinces car ils permettent de réduire le temps et l'énergie consacrés à créer des choses analogues et à créer une continuité.

D'après ce rapport et ses objectifs, il me semble clair que nous examinons le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de soins de santé aux Canadiens, et plus précisément la question de la réduction du coût des médicaments sur ordonnance. Cette question est abordée au point 8.8.

Un domaine brille par son absence. Le coût des médicaments délivrés sur ordonnance grimpe à un rythme alarmant, et d'après le rapport, ces médicaments représentent 16 p. 100 du budget total des soins de santé.

Je crois que si le gouvernement fédéral veut sérieusement enrayer cette progression, il doit insister plus sur le processus d'approbation des médicaments au Canada.

Actuellement, un nouveau produit est approuvé presque exclusivement sur la base des données cliniques obtenues lors des tests parrainés par la compagnie pharmaceutique. Bien souvent, les principaux enquêteurs ont un parti pris favorable à une décision positive, car si leur décision est négative, ils auront moins de chance d'être invités à participer à des essais futurs. C'est une sorte de parti pris qui s'établit naturellement.

Le gouvernement fédéral devrait veiller plus activement à s'assurer que les nouvelles thérapies médicales soient approuvées sur la base de preuves raisonnables et pas seulement sur la base des preuves fournies par les compagnies pharmaceutiques. À cette fin, il faudrait que les essais cliniques faisant intervenir des sujets humains au Canada soient contrôlés de près par les organismes fédéraux. Les compagnies pharmaceutiques ne devraient pas être autorisées à revendiquer la propriété intellectuelle des résultats de leurs essais et à en faire ce qu'elles veulent parce que ce sont des essais effectués sur des humains. Tous les essais cliniques faisant intervenir des sujets humains devraient être soumis à l'examen et à la critique et un organisme extérieur impartial devrait analyser les résultats de ces essais. Cet organisme ne devrait en aucune façon être intéressé à un résultat positif.

Pharmaceutical companies should support such impartial bodies with mandatory contributions and presumably this would reduce their operational cost and their cost of bringing drugs to market.

All clinical trials should be registered, and whether or not they are published in scientific journals, they should be made available for public scrutiny. There are registries in place but they are mainly voluntary.

The pharmaceutical industry should be accountable for false claims made through extrapolation of possible benefits of new drugs, either in journal articles or through advertising. Society not only pays for the drug, but also to prove its worth.

The federal government should take a more active role in supporting the provision of education material promoting the concept of reasonable expectations for what the health care system can provide.

Consumers should be made aware that unless they are willing to support very significant tax increases, there are limits on how much society can afford to pay for any therapy, even those that may be clearly efficacious, if the cost is extreme. Consumers should be aware that the complaint that it takes too long to get drugs to market is diametrically opposed to the demand for safe and effective medications.

Consumers should be very clear that drug companies are big, big business and they are not part of the health care system in the same manner as health care professionals. While they do employ health care professionals, decisions made by drug companies are business decisions and they are guided by profit and not by society's needs.

Strategies discussed for reducing drug costs, expanding drug coverage, and distributing the load are all reactive to the high cost of new therapies whose price tag is largely dictated by the drug producer, often with minimal supportive evidence. It is left to the health care sector of individual countries to then validate the claims that are made.

Drug companies may be accountable for the consequences of the adverse effects of drugs only when it is shown that they had prior knowledge of the risk and had not clearly represented it. They are conspicuously unaccountable for initial claims for increased effectiveness, or improved tolerance that has been shown to be invalid, often years after they have entered the market. There are numerous examples of such drugs.

Recently, the British government entered into negotiations for a risk-sharing strategy for drugs, specifically the ones used to treat Multiple Sclerosis. Under this proposal, the government will provide the drug but will seek to recover the costs of therapy from patients who had not benefited. A similar strategy could be applied to many different categories of drugs in this country.

Les compagnies pharmaceutiques devraient appuyer de tels organismes impartiaux au moyen de contributions obligatoires, qui réduiraient probablement leurs frais d'exploitation et leurs frais de mise en marché des médicaments.

Tous les essais cliniques devraient être enregistrés et, qu'ils soient ou non publiés dans des journaux scientifiques, ils devraient être ouverts à un examen public. Il existe des registres, mais ils sont généralement facultatifs.

L'industrie pharmaceutique devrait être tenue responsable des fausses prétentions formulées sur la base d'extrapolation des avantages éventuels de nouveaux médicaments, soit dans des articles de journaux, soit dans la publicité. Non seulement la société paie le médicament, mais elle doit aussi payer pour en prouver la valeur.

Le gouvernement fédéral devrait appuyer plus activement la diffusion de matériel pédagogique développant la notion d'attentes raisonnables à l'égard des possibilités du système de soins de santé.

Il faut faire comprendre aux consommateurs qu'à moins d'être prêts à accepter de très fortes hausses d'impôt, ils doivent admettre qu'il y a des limites à ce que la société peut payer pour une thérapie, même si elle est parfaitement efficace, si son coût est extrême. Les consommateurs doivent aussi comprendre qu'il y a une contradiction absolue entre le fait de critiquer le délai très long qui s'écoule avant qu'un produit soit commercialisé et l'exigence de médicaments sûrs et efficaces.

Les consommateurs doivent parfaitement comprendre que les compagnies pharmaceutiques sont de très, très grosses entreprises qui ne font pas partie du système de soins de santé comme les professionnels de la santé. Bien que ces compagnies emploient des professionnels des soins de santé, leurs décisions sont des décisions d'affaires guidées par le profit et non pas par les besoins de la société.

Les stratégies envisagées pour réduire le coût des médicaments, élargir la couverture et répartir le fardeau sont toutes établies en réaction au coût élevé des nouvelles thérapies dont le prix est essentiellement dicté par le producteur de médicaments, qui bien souvent ne présente que très peu de justifications. C'est le secteur des soins de santé de chaque pays qui est alors obligé de déterminer le bien-fondé des arguments de ces compagnies.

Les compagnies pharmaceutiques ne doivent supporter les conséquences des effets néfastes de leurs médicaments que si l'on peut prouver qu'elles connaissaient le risque à l'avance et qu'elles ne l'avaient pas clairement énoncé. Elles sont singulièrement exemptes de toute responsabilité lorsqu'on prouve, souvent après des années, que leurs arguments selon lesquels un médicament était plus efficace ou mieux toléré étaient faux. Il y a de multiples exemples de ce genre de médicaments.

Récemment, le gouvernement britannique a entamé des négociations en vue de mettre en place une stratégie de partage des risques pour les médicaments, plus précisément ceux qui sont utilisés pour traiter la sclérose en plaques. En vertu de cette proposition, le gouvernement fournira le médicament mais cherchera à récupérer le coût de la thérapie si elle ne donne pas de

With respect to reducing the cost of prescription drugs the report does an admiral job of representing the strategies that are currently under consideration. Arguably, the best we can hope for is to use what we have in the most effective way possible.

The people that are doing drug use evaluation, be it at the hospital level, at CCHOTA or any of the bigger agencies that provide guidelines, are not going to have much of an effect on that rising 16 per cent of the health care budget. Each time an area of high cost is brought under control, something will take its place and this has happened over and over again.

The government needs to take the initiative to put some of these processes in place, make the initiatives happen, and step back, because too often individual politicians will overrule what hired independent agencies have found to be the most efficient way to proceed.

Ms Neila Auld, Executive Director, P.E.I. Pharmacy Board: The Pharmacy Board regulates the pharmacy profession in the province. We license pharmacists and pharmacies and we set the standards by which they must operate. Our primary mandate is public safety with regards to the services that the profession offers.

As noted in section 8 prescription drugs make up the largest expenditure with regards to all drugs. Third party payers, as well as the public, struggle with how to control these costs that ultimately determine what balance of dollars are left for other health care services. With all the options that are proposed, there are clearly positives and negatives to consider. Prior to initiating any particular one, a decision will have to be made as to whether prescription drug coverage will be universal or strictly for qualified Canadians, and if so, what those qualifications will be.

A national drug formulary would create a financial positive in establishing a venue for all provinces and territories to purchase drugs at the best possible price. Will these savings be made available to just federally funded programs, or will the private sector also have access? The answer to that question is important. If there are to be both private and public providers, the savings to the public providers may ultimately be a cost, or a negative, to those insured with private providers. The cost will manifest itself in increased premiums and will be passed on to cash paying patients.

A consistency in the drugs that are covered will provide the country with consistency in care. It will also provide consistency in pharmacy inventories. Having to supply two or more formularies would see community pharmacies having to carry additional inventories at a cost to supply the different providers.

résultats. On pourrait appliquer une stratégie analogue à de nombreuses catégories de médicaments au Canada.

En ce qui concerne la réduction du coût des médicaments délivrés sur ordonnance, le rapport présente un éventail remarquable de stratégies actuellement à l'étude. Notre meilleur espoir est d'utiliser ce que nous avons de la façon la plus efficace possible.

Les personnes qui procèdent à des évaluations de l'utilisation des médicaments, que ce soit au niveau des hôpitaux, au CCHOTA ou dans le cadre des grands organismes qui énoncent des directives, n'ont guère de prise sur cette part de 16 p. 100 du budget de la santé qui ne cesse d'augmenter. À chaque fois qu'on parvient à maîtriser quelque chose qui coûte cher, quelque chose d'autre vient prendre sa place, et cette situation ne cesse de se répéter.

Il faut que le gouvernement prenne l'initiative de lancer certaines de ces procédures, de concrétiser des initiatives et de prendre du recul car il arrive bien souvent que des politiciens passent outre à l'opinion des organismes indépendants sur la façon la plus efficace de procéder.

Mme Neila Auld, directrice exécutive, P.E.I. Pharmacy Board: Le Pharmacy Board régit la profession pharmaceutique dans notre province. Nous octroyons les permis aux pharmaciens et aux pharmacies et nous énonçons les normes qu'ils doivent suivre. Notre mandat consiste essentiellement à assurer la sécurité du public qui fait appel aux services de ces professions.

Comme on le fait remarquer dans la partie 8, les médicaments prescrits sur ordonnance représentent la dépense la plus importante en matière de médicaments. Les tiers payants et le public se débattent avec ces coûts qui déterminent en fin de compte le montant qui reste pour les autres services de soins de santé. Dans les options envisagées, il y a manifestement des points positifs et des points négatifs. Avant de lancer un médicament, il faut déterminer s'il y aura une couverture universelle pour le médicament délivré sur ordonnance ou s'il s'adressera strictement à des Canadiens qualifiés, et dans ce cas, en quoi consisteront ces qualifications.

Un formulaire national des médicaments présenterait l'avantage de permettre à tous les provinces et territoires d'acheter les médicaments au meilleur prix possible. Ces économies profiteront-elles uniquement aux programmes à financement fédéral ou le secteur privé y aura-t-il aussi accès? La réponse à cette question est importante. S'il y a des fournisseurs à la fois privés et publics, les économies réalisées par les fournisseurs publics risquent de se traduire par un coût ou une perte pour les personnes assurées auprès de fournisseurs privés. Ce coût se manifestera par une augmentation des cotisations et sera répercuté sur les patients qui paient.

S'il y a une cohérence au niveau de la couverture des médicaments dans tout le pays, il y aura une cohérence des soins. On aura aussi une cohérence des inventaires des pharmacies. S'il doit y avoir deux ou plusieurs formulaires, les pharmacies communautaires devront avoir des stocks supplémentaires qui représenteront un coût supplémentaire pour approvisionner les divers fournisseurs.

The pharmaceutical industry will, most likely, attempt to recoup their losses by having two prices: one for government formularies and one for non-government formularies, or by increasing future drug prices for new drugs to markets. The question is: Would a national drug formulary serve its purpose without a national pharmacare program?

Using the lowest cost and most therapeutically effective drug is not a new policy to pharmacists, nor is it new to the public. As mentioned in the report, this has been a difficult "sell" to the medical profession, particularly outside the hospital setting. Even hospitals have had problems in convincing practitioners to abide by the decisions and policies of the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee. It is usually the pharmacist that must bear the brunt of the negative acceptance, whether it is from the prescriber or the patient who perceives newer and more expensive drugs as better. How far is the government willing to go to enforce such a policy?

With pharmacy, particularly in the community setting, there is little objection. Rather, there are far too many advantages. The public benefit from access to lower health care costs, either through taxes to finance, user pay costs, or direct costs for cash paying customers. The public also benefits, particularly with regard to antibiotic use, in limiting or minimizing the risk of drug resistance development, saving the new, often more expensive drug therapies for cases of such resistance. Pharmacies, both in hospital and community settings, benefit from lower inventory and operational costs. Governments benefit from all three notations above.

However, there are always negatives to the positive. We must ask: What effect will such a policy have on the drug industry, particularly the research and development of these newer second and third generation drugs?

Does the consumer really need or benefit from direct-to-consumer advertising? Why do they need to know what prescription drugs are available? It is the prescriber who decides, based on an educated, informed professional decision, what drugs should be or will be prescribed. Industry can and does communicate with consumers on the availability of non-prescription drugs.

Unfortunately, the consumer most often cannot make an educated, informed professional decision with regard to prescription drug use. A diagnosis must be made and knowledge of the options of treatment protocols explored. Even with non-prescription drugs drug scheduling processes are in place in the provinces to assure public access to the professional knowledge, training and expertise of the pharmacist where it is proven beneficial and important to health outcomes and public safety.

Il est vraisemblable que l'industrie pharmaceutique essaiera de récupérer ses pertes en pratiquant deux prix: un pour les formulaires gouvernementaux et un pour les formulaires non gouvernementaux, ou en augmentant le prix des nouveaux médicaments mis en marché. La question est de savoir si un formulaire national des médicaments serait utile en l'absence d'un programme national d'assurance-médicaments.

La politique visant à utiliser le médicament le moins cher et le plus efficace sur le plan thérapeutique n'est pas nouvelle pour les pharmaciens ni pour le public. Comme on le dit dans le rapport, il a été difficile de la faire admettre par la profession médicale, surtout en dehors du contexte hospitalier. Même les hôpitaux ont du mal à convaincre les praticiens de respecter les décisions et politiques du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique. C'est généralement le pharmacien qui subit l'attitude négative, que ce soit celle du médecin qui prescrit ou celle du patient qui a l'impression que les médicaments nouveaux et plus coûteux sont meilleurs. Jusqu'où le gouvernement est-il prêt à aller pour appliquer une telle politique?

Avec les pharmacies, particulièrement en contexte communautaire, il y a peu d'objection. Au contraire, il y a de très nombreux avantages. Le public bénéficie de coûts de soins de santé moins élevés grâce à la fiscalité, à la facturation des utilisateurs ou aux coûts directs facturés aux clients qui paient. Le public bénéficie aussi, surtout en ce qui concerne les antibiotiques, de la réduction du risque d'apparition d'une résistance aux médicaments, cependant que les thérapies nouvelles et souvent plus coûteuses sont réservées précisément pour ces cas de résistance. Les pharmacies, que ce soit à l'hôpital ou dans un contexte communautaire, présentent l'avantage d'avoir des inventaires et des coûts opérationnels réduits. Les gouvernements profitent de tous ces avantages.

Toutefois, il y a toujours un revers à la médaille. Il faut se demander quel effet une telle politique aura sur l'industrie des médicaments, et notamment sur la R-D de nouveaux médicaments de deuxième et troisième générations.

Le consommateur a-t-il vraiment besoin ou profite-t-il de la publicité qui s'adresse directement aux consommateurs? Pourquoi a-t-il besoin de savoir quels sont les médicaments prescrits sur ordonnance qui sont disponibles? C'est le médecin prescripteur qui décide, fort de sa compétence et des connaissances professionnelles, quels médicaments il doit prescrire. L'industrie peut informer les consommateurs, et elle le fait, sur la disponibilité des médicaments en vente libre.

Malheureusement, le consommateur n'est généralement pas en mesure de formuler une opinion éclairée sur l'utilisation de médicaments sur ordonnance. Il faut faire un diagnostic et examiner les différents protocoles possibles. Même dans le cas des médicaments en vente libre, il existe des procédures de posologie dans les provinces pour permettre au grand public d'avoir accès aux connaissances, à la formation et à l'expertise du pharmacien si l'on estime que c'est utile et important pour la santé et la sécurité du public.

Canadian pharmacy regulators are working with pharmacy regulators in the United States to adopt or adapt their VIPPS program, the Verified Internet Pharmacy Practice Sites. While Internet activities are difficult to control, the public can be educated to be aware that should they wish to utilize an Internet pharmacy, they should see the VIPPS approval designation signifying that professional standards have been met.

Advertising restrictions should prevail in Canada and the government should take whatever measures they can to enforce those restrictions. Industry can and should be able to promote to professionals. This promotion includes vital information for the practitioner to assess, prescribe and monitor health outcomes for disease states and drug use.

Consideration must be given to the impact on industry. However, given that industry has not been able to advertise directly to the consumer in Canada, the impact should be minimal.

With regard to expanding prescription drug coverage, the report confirms there are groups of people who are under-insured or not insured at all. There are those without employer coverage or who do not qualify for government assistance, and there are those with catastrophic illnesses. How does government decide if and how to improve access?

A national pharmacare program would expand prescription drug coverage to those who are under-insured or uninsured, and bring consistency of drug benefits to all Canadians. Funding would vary, depending on the design. In addressing the design we have to ask the questions: Who, what and how? The answer may be clearer if the context is broadened to take into account a national formulary, a drug utilization policy or review, and positive financial effects to other government programs. Who should administer the programs? Whether provincial government, federal government or the private sector, they must be accountable to the public purse that ultimately pays the bills.

Certainly, a comprehensive public program is ideal but not without initial costs. The advantage would be that if properly administered and monitored the overall savings of improved health care outcomes could alleviate some of the costs.

Public-private initiative is another option but it is not without risks. Employers may discontinue the benefit should costs increase to a point that cannot be maintained, and it has occurred that third party payers, that employers and individuals subscribe to, will either increase premiums when usage increases or they will actually eliminate a person's eligibility for specific disease state coverage.

Les autorités de régie des pharmacies au Canada collaborent avec les autorités de régie aux États-Unis pour adopter ou transposer leur programme VIPPS, les Verified Internet Pharmacy Practice Sites. Bien que les activités sur Internet soient difficiles à contrôler, on peut informer le public pour qu'il sache que, s'il souhaite faire appel à une pharmacie sur Internet, il doit s'assurer que les produits en question ont obtenu le label VIPPS, c'est-à-dire que les normes professionnelles ont été respectées.

Il faudrait limiter la publicité au Canada, et le gouvernement devrait prendre les mesures nécessaires pour faire respecter ces restrictions. L'industrie peut et doit pouvoir faire la promotion de ses produits auprès des professionnels. Cette promotion comprend des informations essentielles pour permettre aux praticiens d'évaluer et de prescrire des médicaments et de contrôler les effets des médicaments dans des contextes de maladie particuliers.

Il faut tenir compte des retombées sur le secteur pharmaceutique. Toutefois, comme ce secteur n'a pas été autorisé jusqu'ici à faire de la publicité directe auprès des consommateurs canadiens, ces retombées devraient être minimales.

En ce qui concerne l'élargissement de la couverture des médicaments prescrits sur ordonnance, le rapport confirme qu'il existe des groupes de personnes sous-assurées ou totalement démunies d'assurance. Il y a des personnes qui ne sont pas couvertes par leur employeur et qui ne sont pas admissibles à une aide du gouvernement, et les personnes victimes de maladies catastrophiques. Dans quelle mesure le gouvernement peut-il décider d'améliorer l'accès pour ces personnes?

Un programme national d'assurance-médicaments étendrait la couverture des médicaments prescrits sur ordonnance aux personnes sous-assurées ou non assurées et permettrait à tous les Canadiens de bénéficier de façon semblable des médicaments. Le financement varierait selon la conception. Lors de l'élaboration du programme, il faudrait se poser les questions: Qui, quoi et comment? La réponse sera peut-être plus claire si l'on élargit le contexte pour tenir compte d'un formulaire national, d'une politique ou d'un examen de l'utilisation des médicaments, et des retombées financières positives sur d'autres programmes gouvernementaux. Qui doit administrer les programmes? Que ce soit le gouvernement provincial ou fédéral, ou le secteur privé, il faut que cette entité rende des comptes au public qui paie la facture en définitive.

Certes, un programme public complet constitue la solution idéale mais il entraîne des coûts initiaux. L'avantage serait que, s'il est correctement administré et contrôlé, les économies d'ensemble entraînées par une amélioration des résultats des soins de santé permettraient de compenser certains de ces coûts.

Les initiatives mixtes publiques et privées sont une autre option mais elles comportent certains risques. Les employeurs risquent d'interrompre les prestations si les coûts augmentent à un point excessif et il est arrivé que des tiers payants auprès desquels cotisent les employeurs et les particuliers augmentent les cotisations lorsque la consommation augmente ou en arrivent même à supprimer l'admissibilité d'un individu à la couverture pour un type de maladie bien particulier.

Until a long-term solution is found, an initial step may be to assist people, whether directly or indirectly, through their employers or other government programs, to obtain coverage that otherwise would not be available.

The options mentioned above would not suffice in addressing the catastrophic or high drug costs scenario. Private carriers would obviously end up needing to increase all premiums to assimilate the costs. We must consider and realize that it is this increased cost, the catastrophic drug cost, that Canadians fear most. Many maintain a prescription drug plan only to assure themselves that should they develop an acute or chronic disease with expensive drugs, they will be covered, as once they develop it, they are rendered uninsurable.

There is a need for a population health approach for all Canadians. Our health professionals need to be better utilized. We need to encourage our professionals in order to reach our goals of better health care outcomes. The synergism of these professions will improve health care at the least public expense.

This process could be a federal program, but would also operate in a provincial capacity to encompass the individuality that exists in the provinces. A health commissioner or a new department should be instated that can monitor these programs and study the impact of all affected government departments and not just health.

The Deputy Chairman: Dr. MacKean, I was very interested in your brief, and when we are doing a further study we will invite your association to appear before us again.

There is a myth about doctors that they are territorial and especially so in remote and rural areas and that it has caused a problem with physicians that are not in the primary care area. We had a doctor from Prince George tell us that doctors very much want the team approach. It would take the pressure off the smaller communities because they would not have to drive great distances into urban centres. How much effort has been put into this team approach proposal and are you trying to promote it? Are you trying to promote it with doctors, health care providers and with the general public? I think doctors have a bad reputation in this regard. Do you have any comments on that?

Dr. MacKean: We have been working on this area since the 1995 Green Paper. The paper you have in front of you was shared with the federal Minister of Health, and the provincial Ministers of Health. My brief indicates that most of the provinces are already moving in this direction. Ontario is taking the lead, and Quebec's Clair Commission, and our Health Minister is putting together alternate payment plans and opportunities for physicians to come together. I give credit to all the governments that are trying to put this together.

En attendant de trouver une solution à long terme, la première étape serait d'aider les gens à obtenir directement ou indirectement, par le biais des programmes de leur employeur ou des programmes d'autres gouvernements, une couverture à laquelle ils n'ont pas accès autrement.

Les options mentionnées ci-dessus ne suffiraient pas à apporter une solution au scénario catastrophique ou au problème des coûts élevés des médicaments. Les assureurs privés finiraient évidemment par devoir augmenter toutes les cotisations pour absorber les coûts. Il faut bien comprendre que c'est cette augmentation des coûts, ce coût catastrophique des médicaments, que les Canadiens craignent le plus. Beaucoup ne cotisent à un régime de médicaments d'ordonnance que pour avoir l'assurance que, si jamais ils avaient une maladie aiguë ou chronique entraînant un traitement coûteux, ils seront couverts, car à partir du moment où la maladie est diagnostiquée, on ne peut plus s'assurer.

Il faut entamer une démarche axée sur la santé de la population pour tous les Canadiens. Nous devons mieux utiliser nos professionnels de la santé. Nous devons encourager nos professionnels pour atteindre nos objectifs d'amélioration des résultats des soins de santé. La synergie de ces professions permettra d'améliorer les soins et de réduire les coûts publics.

Il faudrait utiliser un programme fédéral mais aussi agir au niveau provincial pour profiter des particularités des provinces. Il faudrait créer un poste de commissaire à la santé ou un nouveau ministère pour contrôler ces programmes et examiner les actions de tous les ministères concernés, et pas seulement la santé. Merci.

La vice-présidente: Docteur MacKean, votre mémoire m'a beaucoup intéressée et lors de la poursuite de notre étude, nous inviterons votre association à comparaître.

Il y a un mythe qui veut que les médecins aient une attitude territoriale, surtout dans les régions reculées et rurales, et que cela constitue un problème chez les médecins qui ne sont pas dans le domaine des soins de première ligne. Un médecin de Prince George nous a dit que les médecins étaient très favorables à la démarche d'équipe. Cela atténuerait la pression qui s'exerce sur les petites collectivités, car les gens ne seraient plus obligés de parcourir de grandes distances pour aller en ville. A-t-on fait beaucoup d'efforts pour promouvoir cette démarche d'équipe que vous proposez, et essayez-vous de la pousser? Essayez-vous d'en convaincre les médecins, les fournisseurs de soins de santé et le grand public? Je crois que les médecins ont une mauvaise réputation à cet égard. Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

Le Dr MacKean: Nous travaillons sur ce sujet depuis le Livre vert de 1995. Le document que vous avez sous les yeux a été communiqué au ministère fédéral de la Santé et aux ministères provinciaux de la Santé. Dans mon mémoire, je souligne que la plupart des provinces s'orientent déjà dans cette direction. L'Ontario a pris la tête du mouvement, de même que la Commission Clair au Québec, et notre ministère de la Santé est en train d'élaborer des plans de paiement de remplacement et des formules permettant un regroupement des médecins. Je rends hommage à tous les gouvernements qui essaient d'organiser cela.

There is a document in front of you called "The JANUS Project." It was released last week. It indicates that there is a serious shortage of family physicians in Canada. We feel that is a serious omission in your document. You have mentioned the nursing shortage. To put together these teams we need nurses in reserve. There are not enough to support our model. There are not enough family physicians to bring this forward. In fact, they are going to increase, projected each year because of the decisions made in the early 1990s. We have suggested numbers that can bring that it back to where it needs to be so we can work together.

Most doctors want to work in teams. The models that have been forwarded to us have not allowed us to do that. For instance, the fee for service method is one that does not promote teamwork. You need alternate models to promote teamwork. There are many other things that are required in order to bring people together. Many doctors are already working in teams. There are many models already in Canada. This is not a totally new approach but we have embraced it.

In terms of working with other professionals we have invited a Canadian Nursing Association representative as an observer. Next week we are hosting a collaborative practice seminar to promote cooperation between the Association of Nurses of P.E.I. and the Medical Society of P.E.I. These types of workshops are going on all across Canada. Does the public know about that? It is difficult to get that message out to the public. We have had press releases. Each time we do a release, it hits for a day or so and then some other news stories take over. It is hard to get this message out to the public.

The Deputy Chairman: We can relate to trying to get messages out to the public. All the good work we do sometimes gets overshadowed by one bit of bad news.

I brought a report with me that was in *The Globe and Mail*. The report explains that family practitioners are overworked. We need to increase the public's confidence in the system. I really do believe most Canadians, especially in rural and remote areas, would want a doctor to build the team because of his or her medical expertise.

Dr. MacKean: Yes, we need to restore confidence. "The DECIMA Survey" shows that 94 per cent of Canadians believe that the family physician should be a coordinator of care. In Canada, up until the last few years, over 90 per cent of Canadians had a family physician.

Our survey shows that the major problem that Canadians have is finding a family doctor. It used to be that over 90 per cent could obtain a family physician. That percentage is down to 67 per cent and is causing overcrowded emergency rooms and inappropriate use of health care resources.

Vous avez devant vous un document intitulé «The JANUS Project». Il a été publié la semaine dernière. Il parle de la grave pénurie de médecins de famille au Canada. Nous pensons que c'est une grave omission dans votre document. Vous avez parlé de la pénurie d'infirmières et d'infirmiers. Pour mettre sur pied ces équipes, nous avons besoin de réserves d'infirmières, or il n'y en a pas assez pour appuyer notre modèle. Il n'y a pas assez de médecins de famille non plus. En fait, on prévoit que le problème va augmenter chaque année en raison de décisions prises au début des années 90. Nous avons fait des suggestions pour ramener le nombre à un niveau satisfaisant pour nous permettre de travailler ensemble.

La plupart des médecins veulent travailler en équipe. Les modèles qui nous ont été transmis ne nous permettent pas de le faire. Par exemple, la méthode du paiement à l'acte n'encourage pas le travail d'équipe. Il faut proposer d'autres modèles pour encourager le travail en équipe. Il faudrait faire beaucoup d'autres choses pour amener les gens à travailler ensemble. De nombreux médecins travaillent déjà en équipe. Il existe de nombreux modèles au Canada. La démarche que nous suivons n'est pas totalement nouvelle.

Dans l'optique du travail avec d'autres professionnels, nous avons invité un représentant de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à titre d'observateur. La semaine prochaine, nous allons avoir un séminaire sur une démarche de collaboration pour encourager la coopération entre l'Association of Nurses of P.E.I. et la Medical Society of P.E.I. On organise des ateliers de ce genre dans tout le Canada. Est-ce que le public est au courant? Il est difficile de faire passer ce message dans le public. Nous avons publié des communiqués de presse. À chaque fois qu'on le fait, on en entend parler pendant un jour environ, et ensuite les médias passent à d'autres informations. Il est très difficile de faire passer le message dans le public.

La vice-présidente: Nous comprenons très bien ce problème. Tout le bon travail que nous accomplissons est quelquefois effacé par une simple information négative.

J'ai amené ici un rapport publié dans le *Globe and Mail*, qui dit que les médecins de famille sont surchargés de travail. Il faut que le public ait plus confiance dans le système. Je crois vraiment que la plupart des Canadiens, surtout en zone rurale et reculée, souhaiteraient que le médecin se serve de son expertise pour construire ce genre d'équipe.

Le Dr MacKean: Effectivement, il faut rétablir la confiance. L'enquête DECIMA montre que 94 p. 100 des Canadiens estiment que le médecin de famille devrait être un coordonnateur des soins. Au Canada, jusqu'à ces dernières années, plus de 90 p. 100 des Canadiens avaient un médecin de famille.

Notre enquête montre que le principal problème pour les Canadiens, c'est de trouver un médecin de famille. Naguère, plus de 90 p. 100 des Canadiens en avaient un. Ce pourcentage est tombé à 67 p. 100, et cette situation entraîne un engorgement des salles d'urgence et une mauvaise utilisation des ressources de soins de santé.

If you look at our model you will see that we can restore confidence in the health care system by providing solid primary care support. The World Health Organization has embraced this model as the model for the world. We have been doing it in Canada for a number of years but it has been breaking apart and we need to bring it back together and enhance it.

The Deputy Chairman: One of the terms we zeroed in on was what we call "orphan" patients. These are patients whose doctors have retired. They are at a loss to find another practitioner. People do not understand the psychological impact that this situation can have on seniors.

How do you deal with the advertising of pharmaceuticals? How do you deal with this age of satellites and communication and the advertising of drugs in the United States? People are being influenced by these advertisements and go to their family physicians demanding particular pharmaceuticals because they believe the advertising. How do you plan to deal with that?

You have pointed out that the pharmaceutical companies are big business. How do you deal with that and how do doctors deal with that fact? Dr. MacKean, you may want to respond to this as well.

Ms Auld: I realize that the consumers are getting some of the information and it does filter its way into the local pharmacies, whether it is a hospital or a community. Again, it is a matter of educating the public and reassuring them that we have a different system in Canada. Quite often drugs are advertised that we do not have access to. It is a difficult situation and I certainly would support the government trying to filter out those ads, but it is almost impossible to accomplish on the Internet. I think something could be done with the television and magazine ads.

Mr. Smith: Education is crucial because you are never going to be able to stop the flow of information from other countries. Obviously the United States has taken a completely different route on how to address drugs and the pharmaceutical industry than we have in Canada. They treat it as though it is just a sort of open market for pharmaceuticals just like any

You cannot stop the information from getting here. You can block it. We block cigarette advertisements even though they come through cable television but we do not block pharmaceutical ads. We have to alert the public that advertising is not evidence. They must go to a respected source to find out what the real story is.

Dr. MacKean: As physicians we are here as advocates for the best care of the patient. It is important to keep a barrier between the pharmaceutical industry and the physicians, and there are guidelines in place to insure that is done. One of the popular strategies that we teach the residents, and we teach residents all across Canada in our training programs is to give the prescription with advice: walk 30 minutes a day, do not smoke, have balanced family time and eat well. Having physicians separate from the pharmaceutical industry is very critical.

Si vous examinez notre modèle, vous constaterez qu'on peut rétablir la confiance dans le système de soins de santé en assurant un soutien efficace aux soins de première ligne. L'Organisation mondiale de la santé a approuvé ce modèle pour le monde entier. Nous le faisons au Canada depuis des années, mais ce système s'est détérioré et il faut le remettre sur pied et l'améliorer.

La vice-présidente: L'un des termes sur lesquels nous nous sommes concentrés est ce que nous appelons les patients «orphelins». Ce sont les patients dont le médecin est parti à la retraite et qui n'arrivent pas à en trouver un autre. On mesure mal l'impact psychologique de cette situation sur nos aînés.

Que faire sur la question de la publicité pour les produits pharmaceutiques? Que faire en cette ère de satellites, de communications et de publicité sur les médicaments aux États-Unis? Les gens sont influencés par ces publicités et vont exiger de leur médecin de famille ces produits pharmaceutiques particuliers parce qu'ils croient ce qu'ils voient à la publicité. Qu'allez-vous faire face à cela?

Vous avez souligné que les compagnies pharmaceutiques étaient de gigantesques entreprises. Que pouvez-vous faire face à cette situation et que peuvent faire les médecins? Docteur MacKean, vous voulez peut-être répondre aussi à cette question.

Mme Auld: Je sais que les consommateurs reçoivent une partie de ces informations et qu'elles font leur chemin jusque dans les pharmacies locales, que ce soit dans un hôpital ou au sein d'une collectivité. Là encore, il s'agit d'éduquer le public et de lui confirmer que nous avons un système différent au Canada. Souvent, on voit des annonces pour des médicaments auxquels nous n'avons pas accès. C'est une situation difficile et je serais certainement d'accord pour que le gouvernement filtre certaines de ces publicités, mais c'est presque impossible à faire sur l'Internet. Je pense qu'on pourrait intervenir sur les annonces à la télévision et dans les revues.

M. Smith: L'éducation est cruciale car on ne pourra jamais enrayer le flot d'informations en provenance de l'étranger. Les États-Unis ont de toute évidence choisi une route complètement différente sur la question des médicaments et de l'industrie pharmaceutiques. Pour eux, il y a un marché des produits pharmaceutiques ouvert comme n'importe quel autre marché.

On ne peut pas empêcher l'information d'arriver ici. On peut l'enrayer. On enrayer les publicités pour les cigarettes, même si elles peuvent passer sur le câble, mais on n'interdit pas les annonces pour les produits pharmaceutiques. Il faut faire comprendre au public que la publicité n'a pas un caractère de preuve. Il faut que les consommateurs s'adressent à une source respectée pour avoir la vérité.

Le Dr MacKean: En tant que médecins, nous sommes là pour revendiquer les meilleurs soins pour les patients. Il est important de maintenir la séparation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins, et il existe des lignes directrices à cet effet. Une des stratégies populaires que nous enseignons aux résidents auxquels nous nous adressons dans tout le Canada, dans nos programmes de formation, consiste à accompagner les ordonnances de ce conseil: marchez 30 minutes par jour, ne fumez pas, ayez un horaire familial équilibré and mangez bien. Il est essentiel de

There is a perception that there is a magic pill for everything. Very often this is not the case and a change in a persons' lifestyle can often make the difference. We only prescribe drugs when they are needed.

Our association strives to ensure that physicians get unbiased evidence-based information on pharmaceuticals and their appropriate use. There has been a lot of very good work in collaboration with pharmacists and physicians and I think our relationship is becoming part of a family practice network.

Senator Callbeck: Dr. MacKean. I was reading an article about family physicians on P.E.I. that are working 96 hours a week.

Dr. MacKean: Seventy-three hours a week is the national average. We had the dubious distinction of 96 hours per week. That is correct. We are not proud of that and have issued solutions that include increasing the number of medical school enrolments and increasing the number of family medicine training programs. Both of those programs had been slashed in the 1990s. If this trend continues, we will not be able to keep the family practice base to sustain primary care in Canada or in P.E.I. in the future.

We have issued recommendations to reverse that trend. We want to promote balance to our patients and also promote balance in our own lives. "The JANUS Project" shows that we need to find ways to create balance in physicians' lives. Other health professionals are very overworked and are suffering from stress.

Senator Callbeck: The situation is going to get worse before it gets better. I know you have a lot of recommendations. You mentioned increasing the medical school positions. Whose job is it to spearhead that? We are not going to have an adequate health system if we do not have the professionals to work in it. Whose job is it to ensure that we have these professionals for the future?

Dr. MacKean: We believe in a collaborative approach. I have indicated that Health Canada and HRDC are committing \$4 million into a health human resource strategy for Canada. The Canadian Medical Forum Task Force II, which is looking at the long-term human health resource needs for Canadians will add funds to that joint venture. I am very encouraged by that and believe that it is the right approach to our problem. I think it will work. I feel optimistic and encourage your support of the initiative.

It takes six years to train a family physician and up to ten years to train a Royal College specialist. We have a crisis now and the next few years are going to be worse. We have looked at foreign medical graduates to see whether they can help us through this void. We are cautious and are talking with the licensing authorities actually are trained according to our standards to deliver appropriate health care in Canada.

maintenir la séparation entre le médecin et l'industrie pharmaceutique.

Les gens ont l'impression qu'il y a une pilule magique pour tout. Très souvent, ce n'est pas le cas et un simple changement dans le mode de vie peut souvent faire toute la différence. Nous ne prescrivons des médicaments que lorsque c'est nécessaire.

Notre association cherche à s'assurer que les médecins obtiennent des informations objectives et prouvées sur les produits pharmaceutiques et leur bon usage. Nous avons fait beaucoup de bon travail en collaboration avec les pharmaciens et les médecins, et nos relations s'inscrivent dans un cadre de réseaux de pratique familiale.

Le sénateur Callbeck: Docteur MacKean, j'ai lu un article dans lequel on disait que les médecins de famille de l'Île-du-Prince-Édouard travaillaient 96 heures par semaine.

Le Dr MacKean: La moyenne nationale est de 73 heures. Nous avons le douteux privilège de travailler 96 heures par semaine. C'est exact. Nous n'en sommes pas fiers et nous avons proposé des solutions consistant notamment à augmenter le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et à accroître le nombre de programmes de formation en médecine familiale. On a sabré dans ces deux programmes au cours des années 90. Si cette tendance se poursuit, nous ne pourrions plus maintenir la pratique des médecins de famille pour assurer les soins de première ligne au Canada ou dans l'Île-du-Prince-Édouard.

Nous avons présenté des recommandations pour renverser cette tendance. Nous voulons promouvoir l'équilibre chez nos patients et dans notre propre existence. Le projet JANUS montre qu'il faut trouver des moyens d'équilibrer la vie des médecins. D'autres professionnels de la santé sont aussi surchargés de travail et très stressés.

Le sénateur Callbeck: Les choses vont encore empirer avant de s'améliorer. Je sais que vous avez beaucoup de recommandations. Vous avez parlé d'augmenter le nombre de places dans les écoles de médecine. Qui devrait prendre cette initiative? Nous n'aurons pas de système de santé satisfaisant si nous n'avons pas les professionnels nécessaires. Qui doit se charger de veiller à ce que nous ayons ces professionnels à l'avenir?

Le Dr MacKean: Nous croyons à la collaboration. J'ai déjà dit que Santé Canada et DRHC avaient engagé 4 millions de dollars dans une stratégie sur les ressources en santé humaine pour le Canada. Le deuxième groupe de travail du Forum médical canadien, qui examine les besoins à long terme en matière de ressources de santé, va injecter lui-même d'autres fonds dans cette entreprise. Je trouve que c'est très encourageant et je crois que c'est la bonne démarche. Je pense que cela va marcher. Je suis optimiste et je vous encourage à appuyer cette initiative.

Il faut six ans pour former un médecin de famille et jusqu'à 10 ans pour former un spécialiste du Collège royal. Nous sommes actuellement en crise et la situation ne va faire qu'empirer au cours des prochaines années. Nous avons essayé de voir si nous pourrions combler le vide en faisant appel à des diplômés en médecine étrangers. Nous sommes prudents et nous discutons avec les autorités qui octroient les permis pour nous assurer que

Senator Callbeck: I will be interested to read about your family practice network. I think it is a very positive step from what I take from your comments, and I compliment you on that.

Mr. Smith: you talked about drug trials. Does the federal government not have any involvement in those drug trials? Does a pharmaceutical company develop a drug, do the trials themselves, and then take the information to the health officials? What is the federal government involvement?

Mr. Smith: The federal government has a small role in the process but it is not a significant role. The information that is submitted to the government agencies for approval is in large part information from studies that have been conducted by the pharmaceutical company itself. I cannot say categorically that there is no federal involvement but it is not to the extent that it really needs to be if we are going to address this rising cost of the health care budget that is being eaten up by high cost drugs.

Senator Callbeck: You said that if the pharmaceutical companies were not involved in the trials, that cost of the drugs would go down considerably.

Mr. Smith: A trial should be designed to show that the drug could be beneficial. The drug company should not be designing the trial and then producing the results. All this is done pretty much behind closed doors and even when the results are published we must pay attention to where the information was gathered. Many of the studies are not well done. They are not good science and there should be more of an onus on the companies to do good research. The only way that will happen is if there is an agency put in place to make sure that good studies are done.

Senator Callbeck: Are the pharmaceutical companies not really accountable for what they say about a drug?

Mr. Smith: A company may put a drug on the market and say: "This new painkiller is better than all of the other painkillers in its class and has less side effects." We pretty much have to take their word for it. They did the study, they churned out the data, they did the statistics on it and presented it, and we have to accept that until we can prove it otherwise.

Validation means the drug coming on the market, people taking it, looking at how many adverse effects or how effective it is in relation to other drugs that are there and then making a judgment. Often that takes years, and in the meantime, we are spending money hand over fist for this particular item.

ces spécialistes sont formés conformément à nos normes pour assurer des soins appropriés au Canada.

Le sénateur Callbeck: Je suis curieuse de lire les documents sur votre réseau de pratique familiale. Je pense que c'est une initiative très positive d'après ce que vous dites, et je vous en félicite.

Monsieur Smith, vous avez parlé de mise à l'essai des médicaments. Le gouvernement fédéral n'intervient-il pas dans ces essais? C'est la compagnie pharmaceutique qui élabore un médicament, qui fait elle-même les essais et qui transmet ensuite les informations aux responsables de la santé? Que fait le gouvernement fédéral?

M. Smith: Le gouvernement joue un petit rôle, un rôle secondaire. Les informations communiquées aux organismes du gouvernement chargés de donner leur approbation proviennent essentiellement d'études menées par la compagnie pharmaceutique elle-même. Je ne peux pas affirmer catégoriquement qu'il n'y ait pas de participation fédérale, mais de toute façon cette participation est insuffisante pour nous permettre de répondre au problème de l'augmentation du budget des soins de santé qui est siphonné par ces médicaments extrêmement coûteux.

Le sénateur Callbeck: Vous dites que si les compagnies pharmaceutiques ne participaient pas à ces essais, le coût de ces médicaments diminuerait considérablement.

M. Smith: On pourrait concevoir un essai permettant de montrer l'utilité du médicament. Ce n'est pas la compagnie pharmaceutique qui organiserait cet essai et qui en publierait les résultats. Tous ces essais se font généralement à huis clos, et même quand les résultats sont publiés, il faut bien faire attention à leur provenance. Bien souvent, ces études sont mal faites. Elles ne s'appuient pas sur de bonnes bases scientifiques, et on devrait obliger les compagnies à mieux faire les recherches. La seule façon d'y parvenir, c'est de créer un organisme pour s'assurer que les études sont correctement effectuées.

Le sénateur Callbeck: Les compagnies pharmaceutiques ne sont pas vraiment responsables de ce qu'elles avancent au sujet d'un médicament?

M. Smith: Une compagnie peut très bien sortir un médicament sur le marché et dire: Ce nouveau médicament antidouleur est meilleur que tous les autres dans sa catégorie et entraîne moins d'effets secondaires. Nous sommes à peu près obligés de la croire sur parole. C'est la compagnie qui a fait l'étude, qui a publié les données, qui a établi les statistiques et nous sommes bien obligés d'accepter ce qu'elle dit tant que nous ne pouvons pas établir la preuve du contraire.

La validation, cela veut dire que le médicament est commercialisé, que les consommateurs le prennent, qu'on examine ses répercussions négatives ou son efficacité comparativement à d'autres médicaments existants, et qu'on finit par se prononcer. Souvent, cela prend des années, et entre-temps on peut gaspiller des sommes colossales à acheter le médicament en question.

Senator Callbeck: You mentioned England has risk sharing?

Mr. Smith: It is a very new idea. I am not sure if it was in *The British Medical Journal* or *The Lancet* and it struck me as having a lot of merit to it. They talked about some of the drugs for MS that have been contentious in that the evidence for the effectiveness of them is very difficult to show. Some people argue that they are not effective. The British agencies that look at the effectiveness of drugs have said that these drugs are not effective enough for the public to fund them. However, they have reached a compromise with the pharmaceutical companies that allows them to recoup the money for treatment failures in return for funding the drug. It is an interesting concept.

Senator Callbeck: I have never been able to understand this. Sometimes there is a new drug that comes out that is in the States and it is not accepted yet in Canada, but it is possible for a doctor to prescribe that drug in Canada and get it for the patient.

Mr. Smith: It depends on the drug. Some drugs are made available if they are on the market in the States. If the drug has been tested and depending on the situation, it may be available through what is called the Special Access Programme.

It is actually not illegal for an individual to obtain a supply of pharmaceutical drugs from the United States for personal use, even though it is a prescription drug. That would not be true for a narcotic but for prescription drugs. For example, when Viagra came on the market in the States and was not available in Canada a Canadian resident could have had somebody send it to them. That would not be illegal. There are some wrinkles in the system.

Senator Callbeck: Ms Auld, so the people of P.E.I. have the history of their prescriptions online?

Ms Auld: If a patient receives a prescription through a provincial government program, then that information is put into the provincial database. If they have been to another pharmacy for a prescription there is a medical check. We would know that they received a prescription at another pharmacy however, we would not know where and when. At that point the pharmacist has to make a decision as to what to do.

The program intends that all pharmacies, physicians and hospitals be a part of the system so that they all could access a patient's information.

Senator Callbeck: Is it the intent to expand this program as funds become available?

Ms Auld: I am not sure. I think funding has been a problem but technology has also presented some difficulties. The pharmacies are ready to go but it is not fully operational.

Senator Callbeck: Why are we going to have a shortage of pharmacists in Canada?

Le sénateur Callbeck: Vous dites qu'en Angleterre il y a un partage du risque?

M. Smith: C'est quelque chose de très nouveau. Je ne sais plus si c'était dans le *British Medical Journal* ou dans *The Lancet*, mais c'est une idée qui m'a paru extrêmement judicieuse. On parlait de certains médicaments utilisés pour la sclérose en plaques qui sont très contestés parce qu'il est très difficile de prouver leur efficacité. Certains disent qu'ils n'ont aucune efficacité. Les organismes britanniques chargés de contrôler l'efficacité des médicaments ont dit qu'ils n'étaient pas assez efficaces pour être financés par le public. Toutefois, ces organismes ont conclu un compromis avec les compagnies pharmaceutiques: en échange du financement du médicament, ils pourront récupérer l'argent investi si le traitement échoue. C'est une notion intéressante.

Le sénateur Callbeck: Je n'ai jamais pu comprendre cela. Quelquefois, un nouveau médicament sort aux États-Unis et n'est pas encore accepté au Canada, mais un médecin peut le prescrire au Canada et l'obtenir pour un patient.

M. Smith: Cela dépend du médicament. Certains sont disponibles si on peut les trouver sur le marché aux États-Unis. Si le médicament a été testé, et selon la situation, on peut dans certains cas se le procurer dans le cadre de ce qu'on appelle le Programme d'accès spécial.

Il n'est pas illégal de s'approvisionner en produits pharmaceutiques aux États-Unis à des fins personnelles, même si c'est un médicament prescrit sur ordonnance. Ce n'est pas possible pour des stupéfiants, mais cela l'est pour des médicaments prescrits sur ordonnance. Par exemple, quand le Viagra a été commercialisé aux États-Unis et n'était pas disponible au Canada, un résident canadien pouvait très bien s'en faire envoyer de l'étranger. Ce n'était pas illégal. Il y a quelques flottements dans le système.

Le sénateur Callbeck: Madame Auld, l'historique des ordonnances des gens de l'Île-du-Prince-Édouard est disponible en ligne?

Mme Auld: Si un patient reçoit une ordonnance dans le cadre d'un programme du gouvernement provincial, cette information est inscrite dans la base de données provinciale. Si la personne s'adresse à une autre pharmacie, il y a une vérification médicale. On sait qu'elle a déjà eu une ordonnance dans une autre pharmacie, mais on ne sait pas où ni quand. À ce moment là, c'est au pharmacien de décider de ce qu'il doit faire.

Le programme a pour but d'intégrer toutes les pharmacies, tous les médecins et les hôpitaux dans un système complet leur permettant d'avoir accès aux informations sur un patient.

Le sénateur Callbeck: Est-il question d'élargir ce programme lorsqu'on aura les fonds nécessaires?

Mme Auld: Je ne suis pas sûre. Je pense que le financement a été un problème mais qu'il y a eu aussi des difficultés liées à la technologie. Les pharmacies sont prêtes à aller de l'avant, mais le système n'est pas encore pleinement opérationnel.

Le sénateur Callbeck: Pourquoi allons-nous avoir une pénurie de pharmaciens au Canada?

Ms Auld: The supply of pharmacists is one reason. The demand has been increasing for pharmacists because of the expansion of pharmacies. Hopefully that problem will soon be alleviated. As with medicine, pharmacy schools are starting to increase their enrolments, but that solution will take four or five years.

We have lost a great many pharmacists to the States. Financial incentives, higher salaries plus the strong American dollar are taking our pharmacists out of Canada.

New pharmacists leave school with heavy debt-loads. Some students study for as many as eight years and have enormous debts. It is more lucrative for them to move to the U.S. in order to pay their debts.

Other pharmacists leave because of disincentives. They just are not able to practice pharmacy the way they want to. They are very technical and they want to be clinical. The system does not support them, they become frustrated and they move, or they leave the profession altogether.

Senator Cook: I would like to discuss the drug companies. Does the Patent Medicine Act impact on drug companies? Are you saying that this industry stands alone and that they can move drugs from production in a lab to a researcher? What is the process and how do the drugs get through the system?

Mr. Smith: We must remember that first and foremost the pharmaceutical companies are big business. The U.S., for the most part, controls the industry in Canada. The pharmaceutical industry is the single biggest lobby in the States. There are more pharmaceutical lobbyists than there are Congressmen. They are in the top 48 Fortune 500 industries. The pharmaceutical industry ranks first in return on investment and return on profit. In the year 2000, Merck, which was the biggest profit maker earned \$9.8 billion in profit, or at least that is what they declared in the United States. So when you talk about power, the pharmaceutical industry has incredible power and that power is not something that we should take lightly. It is something that consumers should be aware of too. With the amount of power they can control legislation. It was the pharmaceutical industry that blocked the Clinton Universal Healthcare Initiative. It is mind-boggling how influential they can be.

Senator Cook: Under The Patent Medicine Act, you get a patent for a drug for so many years. There are some safe guards in Canada but the U.S. does not have a similar act.

Mr. Smith: They do have drug patents in the States and their patent protection is, in general, much longer than ours.

Senator Cook: How does the Patent Medicine Act, which takes care of the registry of the drug that comes on the market, impact on the drug industry itself? I am looking there to see if there is accountability there.

Mme Auld: Parce qu'il n'y a pas assez de pharmaciens. La demande augmente parce que les pharmacies sont en expansion. Heureusement, ce problème devrait se régler bientôt. Comme dans le cas de la médecine, les écoles de pharmacie commencent à augmenter leur nombre d'inscriptions, mais cela va prendre quatre ou cinq ans.

De très nombreux pharmaciens sont partis aux États-Unis. Ils quittent le Canada, attirés par les avantages financiers, des salaires plus élevés et le dollar américain qui est plus fort.

Les nouveaux diplômés en pharmacie sont très endettés lorsqu'ils terminent leurs études. Certains poursuivent ces études pendant huit ans et ont des dettes colossales. S'ils partent aux États-Unis, ils peuvent les rembourser plus facilement.

D'autres pharmaciens partent à cause des conditions dissuasives. Ils ne peuvent pas pratiquer comme ils le souhaiteraient. Ils ont une mentalité très technique et ils veulent avoir une démarche clinique. Le système ne les appuie pas, alors ils sont frustrés et ils s'en vont ou changent de profession.

Le sénateur Cook: J'aimerais discuter des compagnies pharmaceutiques. Est-ce que la Loi sur les médicaments brevetés a une influence sur les compagnies pharmaceutiques? Voulez-vous dire que cette industrie est complètement indépendante et qu'elle peut demander à un chercheur d'approuver des médicaments produits en laboratoire? Comment fonctionne le système et quelle est la procédure suivie pour sortir un médicament?

M. Smith: N'oublions pas tout d'abord que les compagnies pharmaceutiques sont de gigantesques entreprises. Ce sont essentiellement les États-Unis qui contrôlent l'industrie au Canada. L'industrie pharmaceutique représente le plus gros lobby aux États-Unis. Elle emploie plus de lobbyistes qu'il n'y a de membres du Congrès. Ce sont des compagnies qui sont dans les 48 premières industries de l'Indice Fortune 500. L'industrie pharmaceutique occupe le premier rang pour les rendements sur les investissements et les profits. En 2000, Merck, qui réalisait les plus gros bénéfices, a engrangé 9,8 milliards de dollars de profit, du moins c'est ce que l'entreprise a déclaré aux États-Unis. Donc, quand on parle de pouvoir, on peut dire que l'industrie pharmaceutique a un pouvoir incroyable et qu'il ne faut pas prendre ce pouvoir à la légère. Les consommateurs devraient en être conscients aussi. Avec ce pouvoir colossal, cette industrie peut contrôler les lois. C'est l'industrie pharmaceutique qui a bloqué l'initiative de soins de santé universels de Clinton. Leur influence donne le vertige.

Le sénateur Cook: En vertu de la Loi sur les médicaments brevetés, on obtient un brevet pour tant d'années. Il y a certaines protections au Canada, mais il n'y a pas de loi analogue aux États-Unis.

M. Smith: Il y a des brevets pour les médicaments aux États-Unis et leurs brevets sont en général protégés pour une durée beaucoup plus longue que chez nous.

Le sénateur Cook: Quelle est l'influence de la Loi sur les médicaments brevetés, dont relève le registre des médicaments commercialisés, sur l'industrie des médicaments elle-même? J'essaie simplement de savoir si l'industrie a des comptes à rendre.

Ms Auld: I am not too familiar with the Patent Act but I am familiar with Health Canada's TPP, Therapeutic Products Program, where they do the drug evaluations and assessments when products are brought to the market. The industry does have to provide the information to TPP, and receive what they call a Notice of Compliance. They are requirements that must be met before the Notice of Compliance is given to them.

I do not know if industry can just put something right to market and have no accountability. There is a process and I believe the Canadian model to be more strict than the American. We often see U.S. drugs that cannot get their Notice of Compliance. However, there is a leak because we see drug recalls from products that did receive a Notice of Compliance but have been nevertheless found to be harmful. In that situation there is an emergency recall and all the pharmacies are told to pull all the stuff off the shelves and send it back because of problems such as unforeseen drug interactions or side effects that are often detrimental to people's health. In some instances those reactions may be fatal.

Senator Cook: Would you advocate a risk sharing strategy with Health Canada to guard against that kind of thing?

Ms Auld: I do not think so, but they are still using studies that industry provides. There still has to be that "hands-off" group that are actually evaluating and deciding, doing the studies, and coming up with the decision whether it should pass.

Senator Cook: Do you think that they are bypassing the system?

Ms Auld: I do not think the system is there to bypass. They are using whatever system is there.

Senator Cook: Do you see a solution? I am concerned that I might get the wrong drug.

Ms Auld: There is a need for a stronger step before the drug gets to market. That step is missing.

Mr. Smith: I am not too concerned with the safety of the drugs because I think we do have pretty good safeguards in Canada. Once the drugs are on the market, we can get a look at them. There is a big push to report adverse drug reactions and collect those and see if they relate to a drug in a significant way.

My point is that there is no accountability for things that do not work or that do not work any better than the other ones that are on the market. I disagree with the big advertising campaigns that say, this product is better than the other one. That is where there is no accountability that I can see.

Senator Cook: There is no evidence-based information at the point of entry and it is too late after it is signed up.

Mme Auld: Je ne connais pas bien la Loi sur les brevets, mais je connais la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada, qui fait les évaluations des médicaments mis sur le marché. L'industrie doit fournir les informations à la Direction des produits thérapeutiques qui lui décerne un avis de conformité. Pour obtenir cet avis de conformité, il faut respecter certaines exigences.

Je ne sais pas si le secteur pharmaceutique peut commercialiser quelque chose directement sans aucune responsabilité. Il y a une procédure à respecter et je crois que nous sommes plus stricts que les Américains. Souvent, on voit des médicaments américains pour lesquels on n'a pas décerné d'avis de conformité. Toutefois, le système n'est pas sans faille parce qu'on assiste à des rappels de produits qui avaient reçu un avis de conformité et qui se révèlent malgré tout nocifs. Dans ce cas, il y a un rappel d'urgence et on dit aux pharmaciens de retirer le produit de leurs rayons et de le renvoyer parce qu'il y a eu par exemple des problèmes d'interaction imprévus ou des effets secondaires qui affectent la santé des consommateurs. Dans certains cas, il arrive que les réactions soient mortelles.

Le sénateur Cook: Seriez-vous en faveur d'une stratégie de partage des risques avec Santé Canada pour nous protéger de ce genre de situation?

Mme Auld: Je ne pense pas, mais le ministère se sert tout de mêmes des études réalisées par l'industrie. On n'a toujours pas ce groupe indépendant qui pourrait faire les évaluations et les études et décider si le médicament est autorisé ou non.

Le sénateur Cook: Vous pensez que ces compagnies contournent le système?

Mme Auld: Je ne crois pas qu'il y ait de système à contourner. Les compagnies profitent du système tel qu'il existe.

Le sénateur Cook: Vous voyez une solution? J'ai peur de me retrouver avec le mauvais médicament.

Mme Auld: Il nous manque une étape plus rigoureuse avant que le médicament soit commercialisé. Cette étape n'existe pas actuellement.

M. Smith: Je ne m'inquiète pas trop de la sécurité des médicaments car je pense que nous avons d'assez bonnes garanties au Canada. Une fois que les médicaments sont commercialisés, nous pouvons les examiner. On encourage beaucoup les gens à signaler les réactions indésirables à un médicament pour qu'on puisse voir s'il y en a beaucoup qui sont liées à un médicament particulier.

Ce que je dis, c'est que les compagnies ne sont aucunement responsables lorsque quelque chose ne fonctionne pas ou qu'un produit ne donne pas de meilleurs résultats que les autres sur le marché. Je ne suis pas d'accord avec les grandes campagnes publicitaires qui prétendent que tel ou tel produit est meilleur que les autres. C'est à ce niveau-là que je dis que les grandes compagnies n'ont aucune responsabilité.

Le sénateur Cook: Il n'y a aucune information reposant sur des preuves à l'entrée, et une fois l'autorisation décernée, c'est trop tard.

Mr. Smith: Yes, and it depends on your definition of evidence. It is almost impossible to determine whether the evidence is scientific because the pharmaceutical company itself has provided the evidence.

Senator Cook: Do you have any solutions that you might offer?

Mr. Smith: When you get to the point of clinical trials in humans, to substantiate the approval for marketing in Canada, there should be some independent body that performs those functions or at least oversees them. We need an impartial body to ascertain whether the trial is appropriate or not. That body could also recommend that changes be made to the drug before it is marketed. The trial costs a lot of money and that cost is factored into the price of the drug. Once the drug is on the market we pay to do other studies to show that, what they say is true is true, and honestly, often it is not.

Senator Cook: Would a national drug formulary mitigate this and make it simpler?

Mr. Smith: I think a national drug formulary is a useful initiative, if only that it gives a top-down kind of continuity that at least provincial governments will be able to use as a basis for how they treat drugs in their own provinces. The drugs that are on the formulary will have undergone some measure of approval if things are done in a good way. Yes, I think it is a useful idea.

Senator Cook: Dr. MacKean, I would like to talk to you about the family practice network. I come from rural Newfoundland and our population is aging. We lost 30,000 people from rural Newfoundland in five years. I think the health concerns that most people have can be dealt with in a community or regional setting. I call it "one-stop shopping" and I think your family practice network would work well in our area. I wonder if we could have a blend of population health, community health, and patients where there could be a registry. This would be so much better than having people sitting for hours in a primary care hospital waiting for blood pressure pills, an insulin check etcetera. Do you see the elements that are outside the program now?

Dr. MacKean: I have outlined some of the things to show how we can do it. We think it is achievable. It is service oriented. It is comprehensive care for Canadians with on-call services. One-stop shopping is a good way to look at it. It makes it easier for the public to handle. We have visions of it becoming virtual-based. In other words, isolated communities could be in contact with other areas as well.

M. Smith: Oui, et tout dépend de votre définition de preuves. Il est presque impossible de déterminer si les preuves fournies sont véritablement scientifiques, car c'est la compagnie pharmaceutique elle-même qui les fournit.

Le sénateur Cook: Vous avez des solutions à proposer?

M. Smith: Quand on en arrive au stade des essais cliniques sur des humains, pour que soit décernée l'autorisation de commercialisation au Canada, il faudrait que ce soit un organisme indépendant qui effectue ces essais ou tout au moins en assure la supervision. Il faut que nous ayons un organisme impartial pour juger si les essais sont correctement effectués ou non. Cet organisme pourrait aussi recommander certaines modifications du médicament avant d'autoriser sa commercialisation. Les essais coûtent cher et ce coût se répercute dans le prix du médicament. Une fois le médicament sur le marché, nous payons pour faire d'autres études destinées à vérifier si les arguments de la compagnie sont vrais et, bien franchement, souvent ils ne le sont pas.

Le sénateur Cook: Si nous avons un formulaire national des médicaments, est-ce que cela atténuerait le problème et est-ce que cela simplifierait la situation?

M. Smith: Je pense qu'un formulaire national des médicaments serait une initiative utile, ne serait-ce que pour imposer une sorte de continuité à partir du sommet de façon à permettre au moins aux gouvernements provinciaux d'avoir une base commune pour leur gestion des médicaments au niveau provincial. Si l'on fait les choses correctement, les médicaments inscrits dans ce formulaire auront fait l'objet d'une certaine approbation. Oui, je pense que c'est une bonne idée.

Le sénateur Cook: Docteur MacKean, j'aimerais vous parler du réseau de pratique familiale. Je viens d'une région rurale de Terre-Neuve dont la population vieillit. La population rurale de Terre-Neuve a diminué de 30 000 personnes en cinq ans. Je pense qu'on peut répondre aux préoccupations de la plupart des gens en matière de santé dans un cadre communautaire ou régional. C'est ce que j'appelle le système du guichet unique et je pense que votre réseau de pratique familiale fonctionnerait bien dans notre région. Je me demande si on pourrait regrouper la santé de la population, la santé communautaire et les patients en ayant un registre. Ce serait beaucoup mieux que de laisser les gens attendre pendant des heures dans un hôpital de soins primaires pour recevoir des pilules contre la tension artérielle, une injection d'insuline, et cetera. Voyez-vous les éléments qui sont en dehors du programme maintenant?

Le Dr MacKean: J'ai décrit certains éléments pour montrer ce que nous pouvons faire. Nous trouvons que c'est réalisable. C'est orienté vers les services. Il s'agit de soins complets pour les Canadiens avec des services sur demande. On peut effectivement parler de guichet unique. C'est beaucoup plus facile pour le public. Nous avons même pensé à un système virtuel, c'est-à-dire que les communautés isolées pourraient être en contact avec d'autres régions aussi.

I think the model is achievable, and it does not have to be one method that fits all. Different communities have different needs and they could find a system that works best for their particular circumstances.

Senator Cook: I know it is not possible to achieve it for each community, but we could expect it to be available within a region. Do you see it in an urban setting as well?

Dr. MacKean: We imagine this will work in all areas of Canada. We believe it will work in the urban and inner city settings and in some cases work even better there. We talk about the crisis in rural Canada, but there is a crisis in urban and inner city Canada as well. We imagine all areas of Canada would fit into the model and that all Canadians would be included in it.

Senator Cook: Have you gotten to the point where you are ready to do a pilot project?

Dr. MacKean: We have discussed this with all the provincial ministries. Ontario is taking the biggest lead. They are trying to put this process together right now. There are pilot projects all over Canada. We need more research on the pilot projects. Health Canada has put together a fund to do this study. We need to look at the pilots and make sure that we choose a model that will work best for Canadians.

Senator Cook: Do you see this as a federal initiative?

Dr. MacKean: I think it will have to be a partnership. The delivery of health care rests with the province and they are taking the lead. However, the federal government could become involved and ensure the principles in medicare

Senator Cook: Medicare was designed for people in hospitals. The needs of the country have changed. We need continuing care and home care for the critically ill who are recuperating and need it four or five days or a week and so on.

We have to focus on the well-being of seniors and the frail elderly, and that concern me personally as I will be that age soon enough. I hope I live long enough to see some system in place that cares for those people. I would like to see public health for the population, educational programs for new moms, for breast feeding, for PAP smears and so on. If we could take those programs out of our hospitals, I think we would alleviate a lot of the stress and some of the costs.

Dr. MacKean: We have recommended more education, more work on childcare, early childhood development and parenting education. These networks can achieve these goals. It is unfortunate that they are nowhere near the volume that they should be. Those are the areas that we need to work on. That is

Je crois que le modèle est réalisable et ce ne doit pas nécessairement être la même méthode partout. Les besoins sont différents selon les collectivités, et chacun pourrait trouver un système qui correspond à sa situation particulière.

Le sénateur Cook: Je sais qu'il n'est pas possible d'y parvenir pour chaque communauté, mais ce serait peut-être envisageable dans une région. Envisagez-vous ce genre de chose en milieu urbain aussi?

Le Dr MacKean: Nous imaginons que ceci pourrait fonctionner dans toutes les régions du Canada. Nous pensons que cela pourrait marcher en milieu urbain et au centre des villes et dans certains cas peut-être encore mieux là. On parle de crise dans le Canada rural, mais il y a aussi une crise dans le Canada urbain et dans le centre des villes canadiennes. Toutes les régions du Canada pourraient être intégrées au modèle et tous les Canadiens seraient inclus.

Le sénateur Cook: En êtes-vous arrivés au stade où vous seriez prêt à lancer un projet pilote?

Le Dr MacKean: Nous en avons discuté avec tous les ministères provinciaux. C'est l'Ontario qui est le plus avancé. Il essaie d'organiser ce processus en ce moment même. Il y a des projets pilotes dans tout le Canada. Il nous faut encore des recherches sur les projets pilotes. Santé Canada a mis sur pied un fonds pour entreprendre cette étude. Nous devons examiner les projets pilotes afin d'être sûrs de choisir un modèle qui répondra le mieux possible aux besoins des Canadiens.

Le sénateur Cook: Pensez-vous que ce serait une initiative fédérale?

Le Dr MacKean: Je crois que ce devra être un partenariat. Ce sont les provinces qui sont responsables en matière de soins de santé et ce sont elles qui prennent la direction des opérations. Cependant le gouvernement fédéral pourrait participer également et veiller à faire respecter les principes de l'assurance-maladie.

Le sénateur Cook: L'assurance-maladie a été conçue pour les personnes hospitalisées. Les besoins du pays ont changé. Nous avons besoin de soins continus et de soins à domicile pour les malades gravement atteints qui sont en convalescence et ont besoin de quatre ou cinq jours ou d'une semaine.

Nous devons nous concentrer sur le bien-être des aînés et des personnes âgées fragiles, et cela me préoccupe personnellement puisque je vais arriver à cet âge-là bien assez tôt. J'espère que je vivrai assez longtemps pour voir ce genre de système en place. J'aimerais qu'il y ait un régime de santé publique pour la population, des programmes d'éducation pour les jeunes mamans, pour l'allaitement au sein, pour les tests de PAP, et cetera. Si nous pouvions faire sortir ces programmes des hôpitaux, je pense que nous réduirions le stress et aussi certains des coûts.

Le Dr MacKean: Nous avons recommandé plus d'éducation, plus de travail sur les soins aux enfants, le développement de la petite enfance et l'éducation à l'intention des parents. Ces réseaux peuvent atteindre ces objectifs. C'est dommage que l'on soit très loin du volume qu'il devrait y avoir. Nous devons travailler dans

where the biggest investment will be: population health, children, parents and families. This is a big area, yes.

Senator Cook: Where will problems such as contaminated drinking water, immunization against smallpox and anthrax be housed? Are they going to be housed in community population health? Will the emergency room in the hospital respond to these problems? There are a lot of concerns about the ongoing things that we need to be doing.

Dr. MacKean: I think immunization is one of the successes in Canada because we have virtually universal immunization as opposed to the United States where a third of the population have immunization. We are well ahead of the U.S. in that regard. These sorts of programs will ensure proper health promotion.

Hon. Archibald H. Johnstone, Former Senator: I have heard some statistics concerning the shortage of doctors and nurses, drug addiction, tobacco and alcohol use, cancer, the cost of prescriptions, inactivity in our population and the problems facing Canada's overweight population. Most of these are problems are found in Prince Edward Island. To what do you attribute these factors?

Dr. MacKean: We are living in a high technology world that is fast paced and people do not get back to the basics. How do you bring that back? How do you bring "the old way" back to Canada? It is very tough, especially when you have all the media promoting the latest pill for you. That is very tough to fight.

I can tell you that it is going to take approaches from all levels. In terms of our proposal for family practice networks, we think we can at least address the health issues in a better way because we will be there and we will be a resource for the population. We will try to include nurses, pharmacists, physiotherapists, dieticians, mental health workers and addiction workers in our networks.

We actually see this as a solution to all of our health problems if it done in a concerted way. We feel we can actually move to improve those health parameters that we heard earlier that seem pretty devastating.

The Deputy Chairman: Thank you very much for your testimony, Dr. MacKean. I can assure you that all of your views will certainly be taken into consideration when we deliberate on our hearings. Thank you again on behalf of the committee. We will invite our next group of presenters to the table.

Ms Sylvia Poirier, Chair, Queens Regional Health Authority: I am the volunteer Chair of the Queens Region Health Board. Health care reform and regionalization of health care services in the early 1990s necessitated changes in governance that saw our hospital boards become regional boards. There are five health regions in P.E.I. The Queens Region encompasses about one-half of the geographic area of P.E.I. and one-half of the population, about 70,000 people. We have some 25 facilities including the largest tertiary care facility, the Queen Elizabeth Hospital, with a 287-bed capacity. We have a staff of 2,500 and a

ces domaines. C'est là que se trouveront les plus gros investissements: la santé de la population, les enfants, les parents et les familles. C'est un grand domaine, oui.

Le sénateur Cook: Où placera-t-on les problèmes comme l'eau potable contaminée, la vaccination contre la variole et l'anthrax? Va-t-on les mettre dans la catégorie santé communautaire de la population? Est-ce que ce sera la salle d'urgence de l'hôpital qui répondra à ces problèmes? Beaucoup de questions se posent quant à savoir ce qu'il faut faire dans ce domaine.

Le Dr MacKean: Je pense que l'immunisation est un grand succès au Canada parce que nous avons pratiquement une immunisation universelle contrairement aux États-Unis où un tiers seulement de la population est vaccinée. Nous sommes très en avance sur les États-Unis à cet égard. Des programmes comme ceux-là permettront de faire la promotion de la santé.

L'honorable Archibald H. Johnstone, ancien sénateur: J'ai entendu des statistiques concernant la pénurie de médecins et d'infirmières, la toxicomanie, la consommation de tabac et d'alcool, le cancer, le coût des ordonnances, l'inactivité de notre population et les problèmes des personnes ayant un excédent de poids au Canada. La plupart de ces problèmes existent à l'Île-du-Prince-Édouard. À quoi attribuez-vous ces facteurs?

Le Dr MacKean: Nous vivons dans un monde de haute technologie où tout va vite et où les gens ne reviennent pas aux sources. Comment revenir à cela? Comment peut-on faire revenir «l'ancien mode de vie» au Canada? C'est très difficile, surtout lorsque tous les médias sont là pour faire la promotion de la dernière pilule à la mode. C'est un combat très difficile.

Je peux vous dire qu'il faudra des mesures à tous les niveaux. Pour ce qui est de notre proposition sur les réseaux de pratique familiale, nous pensons que ceci nous permettrait d'aborder les problèmes de santé d'une façon plus efficace parce que nous serons là et nous serons une ressource pour la population. Nous essaierons d'inclure les infirmières, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les diététistes, les travailleurs spécialisés en santé mentale et en toxicomanie dans nos réseaux.

Pour nous, c'est en fait une solution à tous nos problèmes de santé si c'est fait de façon concertée. Nous pensons que nous pouvons améliorer ces paramètres de santé dont on a parlé tout à l'heure et qui semblent très dévastateurs.

La vice-présidente: Merci beaucoup de votre témoignage, docteur MacKean. Je puis vous assurer que tous vos avis seront pris en considération lorsque nous délibérerons. Merci encore au nom du comité. Nous allons maintenant inviter le groupe suivant à venir à la table.

Mme Sylvia Poirier, présidente, Queens Regional Health Authority: Je suis présidente bénévole du Conseil de santé de la région de Queens. La réforme des soins de santé et la régionalisation des services au début des années 90 ont entraîné des changements dans les responsabilités administratives à la suite desquels nos commissions hospitalières sont devenues des commissions régionales. Il y a cinq régions en matière de santé à l'Île-du-Prince-Édouard. La région de Queens représente environ la moitié du territoire de l'Île-du-Prince-Édouard et la moitié de la population, soit environ 70 000 personnes. Nous avons 25 centres

budget of over \$150 million that is a little less than one-half of the provincial health care budget.

The composition of the boards is defined in legislation. The legislation allows for a combination of elected and appointed members. The larger regions, such as Queens, have a board of nine, with five people elected and four appointed; whereas the smaller regions have a total of seven members, four elected and three appointed. The recent addition of elected members ensures accountability to the community.

Each board is responsible and accountable to the citizens of its region for the delivery of health care in that region.

Our board operates under a policy governance mandate. This means that we spend our time at the policy level and not at the operational level. We do not make decisions about particular programs, staffing or specific budget items.

This is a difficult concept for our board members to grasp. Many of our board members have been on other boards that operated in a more traditional manner with board members getting into the particulars of the everyday operations. It continues to be a challenge for some members to stay out of what is staff work and stick with board work.

Boards must deal with outcomes and they want to achieve for the organization as a whole. In the meantime the CEO and staff deal with the means of achieving those outcomes. It continues to be a challenge because the most interesting stuff, as we all know, is in the area of staff responsibilities. To quote John Carver in his textbook, *Boards That Make a Difference*:

The board is ultimately accountable for an organization it does not see, that carries out a multitude of tasks it does not understand.

Along with the Minister, the board hires a CEO. It is the board's responsibility to define the role of the CEO. The CEO is the only board employee. The rest of the staff is accountable to the CEO, and the CEO is accountable to the board for his or her own actions, as well as the performance of the whole regional organization. The CEO is also accountable to the minister. We have seen that there are challenges involved in serving two masters.

In addition to setting goals and providing broad direction, monitoring the work of the CEO and the work of the region with respect to programs and services, the board's job also includes being accountable to the citizens and representing their needs. This is a big job and our boards take this very seriously. Boards do this in a variety of ways including conducting community needs assessments, holding community meetings around specific concerns, having board meetings which are open to the public, and linking with volunteer agencies who also have a significant role in the delivery of health care services.

dont le plus grand centre de soins tertiaires, le Queen Elizabeth Hospital, qui a une capacité de 287 lits. Nous avons un personnel de 2 500 employés et un budget de plus de 150 millions de dollars, soit un peu moins de la moitié du budget provincial de soins de santé.

La composition des conseils est définie dans la loi. Celle-ci prévoit une combinaison de membres élus et nommés. Les grandes régions, comme Queens, ont un conseil de neuf personnes, dont cinq sont élues et quatre nommées; alors que les petites régions ont un total de sept membres, quatre élus et trois nommés. L'ajout récent des membres élus a garanti que les membres sont responsables envers la collectivité.

Chaque conseil est responsable et imputable envers les citoyens de sa région pour la prestation de soins de santé dans cette région.

Notre conseil est chargé de par son mandat de la direction des politiques. Cela veut dire que nous passons notre temps à travailler sur les politiques sans nous occuper du fonctionnement. Nous ne prenons pas de décisions à propos de programmes particuliers, de dotation ou de postes budgétaires particuliers.

C'est une notion difficile à comprendre pour les membres de notre conseil. Beaucoup d'entre eux ont fait partie d'autres conseils qui fonctionnaient d'une façon plus traditionnelle, les membres du conseil s'occupant des détails du fonctionnement quotidien. Certains membres ont encore du mal à ne pas se préoccuper du travail qui revient au personnel et à se limiter au travail du conseil.

Les conseils se préoccupent des résultats et des buts qu'ils veulent atteindre pour l'ensemble de l'organisation. Pendant ce temps, le directeur général et le personnel étudient les moyens à prendre pour atteindre ces résultats. C'est toujours un défi parce que, comme nous le savons tous, les éléments les plus intéressants se situent au niveau des responsabilités du personnel. Pour citer John Carver dans son manuel, *Boards That Make a Difference*:

Le conseil a la responsabilité d'une organisation qu'il ne voit pas, qui effectue une multitude de tâches qu'il ne comprend pas.

En accord avec le ministre, le conseil engage un directeur général. C'est au conseil de définir le rôle de celui-ci qui est le seul employé du conseil. Les autres membres du personnel relèvent du directeur général et celui-ci est responsable devant le conseil de ses propres actes, ainsi que du rendement de toute l'organisation régionale. Le directeur général relève également du ministre. Nous avons vu qu'il y a souvent des problèmes à servir deux maîtres à la fois.

En plus d'établir des objectifs et de tracer les grandes orientations, ainsi que de contrôler le travail du directeur général et le fonctionnement de la région en ce qui concerne les programmes et les services, le conseil doit aussi rendre des comptes aux citoyens et représenter leurs besoins. C'est une tâche considérable et nos conseils la prennent très au sérieux. Les conseils le font de diverses façons, notamment en procédant à des évaluations des besoins communautaires, en tenant des réunions communautaires sur des sujets de préoccupation particuliers, en organisant des réunions du conseil ouvertes au public et en

In addition, our boards have played a role in educating the public, promoting health, and advocating when community needs require such action.

Katherine Kelly, Chair of the East Prince Health Board, conducted a survey of the members of the P.E.I. health boards as part of her Master's thesis. She was studying the experience of present board members with respect to their understanding of their roles and responsibilities. Her study reveals the following: Board members, elected and appointed, feel a strong commitment and accountability to their communities even though by legislation they are accountable to the minister. However, there is a high degree of frustration among board members with respect to role clarification, authority for decision-making and accountability.

Some of the specific challenges identified include: Board members feel too far removed from the organization, possibly a result of the Policy Governance Model; lack of clarity as to whether a board is governing or is acting in an advisory capacity, especially since boards do not hire their own CEOs independently; lack of clarity in distinguishing the roles and responsibilities among and between the Minister of Health, Deputy Minister, Boards and CEOs; a feeling of lack of power over how the resources are controlled and allocated; uncertainty as to the extent to which boards are responsible and liable for their decision making and a concern that the board really does little in the way of decision making; clarifying financial accountability, the tension between what is logical and what is politically palatable.

If the senior manager, CEO or board will not deliver what a particular individual or group wants, the accepted practice is to talk directly to the minister or to the premier; and this last issue probably explains why, even after almost eight years of having regional boards, it is debatable whether the community sees the board as a credible governing body with authority for the deliver of health care services.

There were also strengths identified by the study and some of those include: committed board members; a consultative minister and deputy minister; frequent and reasonably effective communications; CEOs who meet regularly with the deputy minister; twice yearly regional board working sessions with the minister and the deputy minister; and a provincial strategic health plan developed in consultation with regional boards and staff and the community at large.

Those of us in regional governance recognize that these issues arise in significant part from the changes that we have undergone, and we realize and we hope that they are a result of the transition force and eventually the issues will settle.

I do want to make clear, however, that the confusion around the role of the boards is an issue separate from the state of health care in this province. Regionalization has been a very positive

assurant la liaison avec des organismes bénévoles qui jouent un rôle important dans la prestation de services de soins de santé.

En outre, nos conseils ont contribué à éduquer le public, à faire la promotion de la santé et à se faire les porte-parole de la communauté quand de telles initiatives sont nécessaires.

Katherine Kelly, présidente du Conseil de santé d'East Prince, a réalisé une enquête sur les membres des conseils de santé de l'Île-du-Prince-Édouard dans le cadre de sa thèse de maîtrise. Elle a étudié la façon dont les membres du conseil actuel comprenaient leur rôle et leurs responsabilités. Son étude révèle ceci: les membres du conseil, élus et nommés, ont un fort sentiment d'engagement et de responsabilité envers leur communauté même si selon la loi, ils relèvent du ministre. Cependant, les membres du conseil déplorent que leur rôle ne soit pas mieux précisé, de même que les pouvoirs décisionnels et la responsabilité.

Ils ont évoqué plusieurs problèmes particuliers, notamment: ils se sentent trop éloignés de l'organisation, peut-être à la suite du modèle de gestion axé sur les politiques; on ne sait pas exactement si le conseil dirige ou s'il a un rôle consultatif, d'autant plus que les conseils n'engagent pas leur propre directeur général indépendamment; il est difficile de distinguer les rôles et les responsabilités du ministre de la Santé, du sous-ministre, des conseils et des directeurs généraux; ils trouvent qu'ils n'ont pas assez de pouvoir sur la façon dont les ressources sont contrôlées et attribuées; ils ne savent pas exactement dans quelle mesure les conseils sont responsables de leurs décisions et regrettent que le conseil ne prenne pas davantage de décisions; ils souhaitent que les responsabilités financières soient précisées, dans la mesure où il y a une divergence entre ce qui est logique et ce qui est politiquement acceptable.

Si le gestionnaire principal, le directeur général ou le conseil ne fournit pas ce qu'un individu ou un groupe particulier désire, la pratique habituelle est de s'adresser directement au ministre ou au premier ministre; et c'est sans doute ceci qui explique pourquoi, même après huit ans de conseils régionaux, il n'est toujours pas certain que la communauté voie le conseil comme un organisme de direction crédible disposant des pouvoirs nécessaires pour dispenser des services de santé.

L'étude fait également apparaître des éléments positifs, notamment: l'engagement des membres du conseil; le rôle consultatif du ministre et du sous-ministre; la fréquence et l'efficacité des communications; les rencontres régulières des directeurs généraux avec le sous-ministre; deux sessions de travail par an du conseil régional avec le ministre et le sous-ministre et un plan de santé stratégique provincial élaboré en consultation avec les conseils régionaux, le personnel et l'ensemble de la population.

Pour nous qui connaissons bien l'administration régionale, il est clair que ces questions sont en grande partie dues aux changements que nous avons connus et nous savons et nous espérons qu'elles sont le fait des forces de transition et que les problèmes finiront par se régler.

Je tiens à préciser toutefois que la confusion qui entoure le rôle des conseils est un problème distinct de celui de l'état des soins de santé dans la province. La régionalisation a été une initiative très

undertaking with respect to the delivery of health services, and I would wholeheartedly agree with your conclusion on regionalization. You state in the brief that:

... regionalization and health care reform have been a key element in improving the integration of health services.

I would add to that, "on P.E.I."

Mr. Ken Ezeard, Chief Executive Officer, West Prince Health Authority: I am the Chief Executive Officer of West Prince Health Authority. I am also currently National Chairman of the Canadian Healthcare Association for 2001-02.

The Canadian Healthcare Association, as a federation of provincial and territorial associations, is very supportive of the voluntary governance role in administering health care organizations and services across the broad continuum of health and social services. CHA has prepared and submitted several briefs to emphasize the importance of voluntary governance and is currently preparing a comprehensive statement of its position on the roles and responsibilities within the Canadian health care system. However, my remarks are based on my role of Chief Executive Officer of one of the health regions on Prince Edward Island, and my comments are a short summary of some of the values and issues facing regional governments in P.E.I. and by implication across Canada.

Sylvia Poirier described the regional framework and the number and size of boards as defined by legislation. Queens Region is the largest and West Prince Health Region is the second smallest in terms of population served. Our population is 16,000 and we have an annual budget of \$18 million. Our population is small but the region is the largest geographically, covering the entire western end of the Island.

The Region includes two hospitals, one with 27 acute care beds and the second with 13 acute care and 15 long-term care beds. We also have a separate long-term care facility of 49 beds and a full range of regional community health and social services. Services are based out of the towns of Alberton, O'Leary and Tignish. The board members represent each of these towns and surrounding areas as well as the rural area of Cascumpec. Based on our experience with a board that has been in place since 1996, the following are some of the benefits that the region has realized along with some of the issues that we are facing. The benefits include: the mandate and scope of the regions cover all of the major health service delivery disciplines as well as addictions and social services, including welfare assistance, allowing more direct referrals and interaction among services; it is much easier to get all of the professional staff involved in the patient, resident or client care at the same meeting or case conference, as they belong to the same organization. There are more right decisions being made at the right time with the most effective and efficient use of resources; governance linkages with the community now cover the entire continuum of care under a single governance organization, and regional boards can undertake an information needs assessment on all services; clearer separation of service

positive en ce qui concerne la prestation des services de santé et je suis tout à fait d'accord avec vos conclusions sur la régionalisation. Vous dites dans le mémoire que:

[...] la régionalisation et la réforme des soins de santé ont été un élément clé dans l'amélioration de l'intégration des services de santé.

J'ajouterais à cela, «à l'Île-du-Prince-Édouard».

M. Ken Ezeard, directeur général, West Prince Health Authority: Je suis le directeur général du West Prince Health Authority. Je suis aussi actuellement président national de l'Association canadienne des soins de santé pour 2001-2002.

L'Association canadienne des soins de santé, qui est une fédération des associations provinciales et territoriales, appuie tout à fait le rôle de gestion volontaire dans l'administration des organisations et services de santé dans tout l'éventail des services sociaux et de santé. L'Association a préparé et présenté plusieurs mémoires pour insister sur l'importance de la gestion bénévole et prépare actuellement un énoncé complet de sa position sur les rôles et responsabilités dans le cadre du système canadien de soins de santé. Cependant mes remarques sont axées sur le rôle que je joue en tant que directeur général de l'une des régions de santé de l'Île-du-Prince-Édouard et mes commentaires sont un bref résumé des valeurs et des questions auxquelles sont confrontés les gouvernements régionaux à l'Île-du-Prince-Édouard et aussi bien sûr dans l'ensemble du Canada.

Sylvia Poirier a décrit le cadre régional et le nombre et la taille de conseils selon les dispositions de la loi. La région de Queens est la plus grande et la région de West Prince vient au deuxième rang pour ce qui est du nombre de personnes desservies. Notre population est de 16 000 habitants et nous avons un budget annuel de 18 millions de dollars. Notre population n'est pas nombreuse mais la région est la plus grande géographiquement puisqu'elle couvre toute la partie ouest de l'Île.

La région comprend deux hôpitaux, l'un avec 27 lits de soins actifs et le deuxième avec 13 lits de soins actifs de courte durée et 15 lits de soins à long terme. Nous avons aussi un centre de soins à long terme distinct de 49 lits et toute une gamme de services sociaux et de santé communautaire régionaux. Les services sont dispensés à partir des villes d'Alberton, d'O'Leary et de Tignish. Les membres du conseil représentent chacune de ces villes et les zones avoisinantes ainsi que la région rurale de Cascumpec. Notre conseil existe depuis 1996 et après ces années, voici ce qui a été réalisé dans la région et les problèmes que nous devons résoudre. Les éléments positifs sont les suivants: le mandat et le champ d'action des régions couvrent toutes les grandes disciplines du domaine de la santé ainsi que les services sociaux et les services aux toxicomanes, y compris l'aide aux bénéficiaires d'aide sociale, des renvois plus rapides à d'autres médecins ou à des spécialistes et une interaction entre les services; il est beaucoup plus facile de faire venir tout le personnel professionnel s'occupant d'un patient, d'un résident ou d'un client à la même réunion ou conférence de cas, puisqu'ils appartiennent tous à la même organisation. On prend davantage de bonnes décisions au bon moment en utilisant les ressources de la façon la plus efficace qui soit; tous les soins de santé sont maintenant couverts par une

delivery from the policy setting or direction of government and more decisions are made at the point of service contact; use of a modified policy governance model for the boards of the Regional Health Authority differentiates more easily between policy direction and strategic planning of the board and the day to day operations of management, including the accomplishment of the organization's goals and objectives; after a five-year period of uncertainty and instability as the organizations learned their new role, there is now a three-year period of growth and development as organizations have stabilized, planned strategically, and are now achieving objectives in all sectors of the health and social services system; the economies of scale of operation are occurring including administration efficiencies, effective group purchasing, consolidated service contracts and interaction among different sectors of the organization; there is greater accountability from the health regions to the policy setting and funding allocation of the provincial government in terms of measuring health outcomes and living within the budget allocation on an annual basis; there are more opportunities for inter-regional cooperation on sharing specialized services along the continuum of care.

At the same time, there are remaining issues: the orientation and education of board members is more complex and demanding, and new board members require a longer period on the board to be comfortable with the total and individual service scope of the organization; as the boards are now elected by the community, or appointed by government, direct physician participation of the board does not exist, except by appointment in one Region. Therefore, creative ways to ensure the necessary input is essential, through regular meetings and discussions with the Regional physicians.

Other issues include: the need for boards to honour and respect this past in order to create the necessary transition and buy into the emphasis on service delivery and not the bricks and mortar; considerable effort and attention is required to ensure that the board's legitimate role of representing the community and planning regional service delivery is not superseded; the modified policy governance model used by P.E.I. regional governance reduces direct board involvement in financial decision making except for setting key parameters of policy and monitoring results. To maintain board involvement and credibility, the system of budget preparation and forecast reporting must be developed in such a way that the boards are an integral part of the process. Otherwise, P.E.I. Regional Health Boards may be reduced to an advisory role which experience has shown leads to a loss of interest and the reduction in community involvement and support.

seule organisation de gestion et les conseils régionaux peuvent entreprendre une évaluation des besoins en information pour tous les services; la prestation des services est plus nettement séparée de l'élaboration des politiques ou de l'orientation du gouvernement et l'on prend davantage de décisions au point de contact des services; grâce au modèle modifié de gestion axée sur les politiques pour les conseils de l'Autorité régionale de la santé, il est plus facile de distinguer entre l'orientation des politiques et la planification stratégique du conseil et les opérations quotidiennes de la direction, y compris la réalisation des buts et des objectifs de l'organisation; après cinq ans d'incertitude et d'instabilité tandis que les organisations apprenaient leur nouveau rôle, il y a maintenant trois ans de croissance et de développement où les organisations se sont stabilisées, ont effectué une planification stratégique, et atteignent maintenant leurs objectifs dans tous les secteurs de la santé et des services sociaux; on réalise des économies d'échelle sur divers plans, notamment des économies dans l'administration, des achats groupés, des contrats de services globaux et des interactions entre les différents secteurs de l'organisation; les régions de santé ont une plus grande responsabilité en ce qui touche l'établissement des politiques et les fonds alloués par le gouvernement provincial en ce sens qu'elles mesurent les résultats et ont une allocation budgétaire annuelle; il y a davantage d'occasions de coopération interrégionale pour le partage des services spécialisés à tous les niveaux de soins.

En même temps, des problèmes persistent: l'orientation et l'éducation des membres du conseil sont plus complexes et plus exigeantes et les nouveaux membres doivent passer plus longtemps au conseil avant de se sentir à l'aise par rapport à la vocation de service total et individuel de l'organisation; comme les conseils sont maintenant élus par la communauté, ou nommés par le gouvernement, il n'y a pas de participation directe des médecins aux conseils, sauf s'ils sont nommés dans une région. Par conséquent, il faut trouver de nouvelles méthodes pour obtenir les avis nécessaires grâce à des réunions et des discussions régulières avec les médecins régionaux.

Il existe d'autres problèmes: les conseils doivent honorer et respecter le passé afin de créer la transition nécessaire pour mettre progressivement l'accent sur la prestation de services plutôt que sur l'infrastructure; il faut des efforts et une attention considérables pour faire respecter le rôle légitime du conseil de représentation de la communauté et de planification de la prestation des services régionaux; le modèle de gestion des politiques utilisé par l'administration régionale de l'Île-du-Prince-Édouard réduit la participation directe des conseils aux prises de décisions financières à l'exception de l'établissement des paramètres clés des politiques et de la surveillance des résultats. Pour maintenir la participation et la crédibilité des conseils, le système de préparation budgétaire et de prévisions doit être conçu de façon à permettre la participation active des conseils au processus. Autrement, les conseils régionaux de santé de l'Île-du-Prince-Édouard peuvent en être réduits à un rôle consultatif, ce qui conduit, l'expérience l'a montré, à une perte d'intérêt et à une diminution de la participation et du soutien au niveau communautaire.

In P.E.I., we have strong, committed board members who have played a vital role in the evolution of the health and community services system and it is extremely important that their voluntary governance role be continued as an essential component in the future direction of the Canadian health care and in our case, the social services system. Thank you.

Dr. Don Ling, Director of Medical Services, Department of Health and Social Services, P.E.I.: I apologize for not having any sort of a brief available for you. I have been a family physician for about 23 years in that work. I have been the Chair of the Board of the Health and Community Services Agency in P.E.I.

I think that is how I got invited to this session on governance and I am quite happy to participate. I have been Director of Medical Services for the last five years or so.

It has been a wonderful experience to observe the changes in the health care system. One of the difficulties in our health care system is that it has been hard to attract providers, especially from the physicians' group, to be involved in administration and I think it is a pretty important role and it is not well understood.

I was fortunate to hear some of the last session that included the family physician and it was nice to hear the comments from some others. Their presentations were beneficial.

The issue of governance is extremely challenging. Provinces across the country struggle to find the most efficient system and I suppose that is why the systems keep changing.

We need clarity in the design of our acute care system in this country. Expectations are huge, yet capacity to provide is limited. We appear to be at our financial capacity right now. There appears to be very little added resource available in provincial budgets. There is a discussion going on between federal and provincial counterparts as to who is going to be able to support what. I liked your comment that perhaps everything is not possible within this system. I think that is a real question that has to be answered by our political leaders and hopefully will be found in the short-term.

In your document, you made reference to the reference-base pricing approach to drug programming in B.C. I think that is the kind of set-up that we need in this country. I think that we can only provide a limited level of service, shall we say, that I think should be available. I think if you are going to go up from there, whether it is in drugs or something else, maybe you better be prepared to pull your own weight at that stage so we can at least have some expectation of expenditure.

Technology, the pharmaceuticals companies and the American influence are tremendous cost drivers in the system right now. People want access to new and expensive technologies and the pharmaceutical companies are very powerful and unrestrained. Add to this the huge cultural influence that comes to us from south of the border and we have a society that is very demanding

À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons des membres du conseil solides et engagés qui ont joué un rôle vital dans l'évolution du système de services communautaires et de santé et il est extrêmement important qu'ils conservent leur rôle de gestion bénévole qui constitue un élément essentiel pour l'avenir des soins de santé au Canada et dans notre cas pour le système de services sociaux. Je vous remercie.

Le Dr Don Ling, directeur des Services médicaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, Î.-P.-É.: Je vous présente mes excuses parce que je n'ai pas de mémoire préparé à vous présenter. Je suis médecin de famille depuis environ 23 ans. J'ai été président du conseil de l'Agence de la santé et des services communautaires à l'Île-du-Prince-Édouard.

Je pense que c'est pour cette raison que j'ai été invité à cette réunion sur la gouvernance et je suis très heureux d'y participer. Je suis directeur des Services médicaux depuis environ cinq ans.

Cela a été une expérience extraordinaire d'observer l'évolution du système de soins de santé. L'un des problèmes de ce système, c'est qu'on a eu du mal à attirer des fournisseurs de soins, surtout dans le groupe des médecins, dans le secteur administratif, or je crois que c'est un rôle important qui est mal compris.

J'ai eu la chance d'entendre une partie de la précédente séance où il y avait un médecin de famille, et les commentaires des autres étaient aussi intéressants. Leurs exposés étaient utiles.

La question de la gouvernance est un défi important. Les provinces se battent dans tout le pays pour trouver le système le plus efficace et je pense que c'est pour cela que les systèmes évoluent constamment.

Il faut définir de façon très claire notre système de soins actifs. Les attentes sont énormes, mais les capacités sont limitées. Nous sommes à peu près à la limite de nos capacités financières actuellement. Il y a apparemment très peu de ressources supplémentaires disponibles dans les budgets provinciaux. Les autorités fédérales et leurs homologues provinciales discutent pour savoir qui peut soutenir quoi. J'ai bien aimé votre remarque quand vous avez dit qu'on ne pouvait peut-être pas tout faire avec ce système. Je pense que c'est une vraie question à laquelle devront répondre nos dirigeants politiques, et j'espère qu'ils trouveront une solution rapidement.

Dans votre document, vous parlez de l'établissement des prix en fonction du produit de référence pour les médicaments en Colombie-Britannique. Je pense que c'est le genre de dispositif dont nous avons besoin dans ce pays. Je crois que nous ne pouvons fournir qu'un niveau limité de services, que c'est ce service qui devrait être disponible. Je crois que si vous voulez aller plus loin à partir de là, qu'il s'agisse de médicaments ou autre chose, vous devriez faire tout ce qu'il faut pour que nous ayons au moins une idée des dépenses que cela entraînera.

La technologie, les compagnies pharmaceutiques et l'influence américaine contribuent de façon colossale à l'augmentation des coûts du système actuellement. Les gens veulent avoir accès à des technologies nouvelles et coûteuses et les compagnies pharmaceutiques sont très puissantes et agissent sans entraves. Ajoutons à cela l'énorme influence culturelle de nos voisins du

of the health care system. I am pleased to hear you have given some time to these issues.

The human resource issue is the third issue I would like to discuss. I have been involved in FPT committees, especially in HR, and I have been chair of a working group on physician resources in the country. I am quite informed and have been working hard to try and identify pathways for the future. What I have found is that the major barrier to efficiency is dollars.

We can train more providers but it takes more money, and provincial systems are stretched out. They own that system. The federal government could work in partnership with the provinces. This has been mentioned and I believe it is worth looking into.

Health care is the responsibility of the provinces, however, the federal government may have the funds that in partnership with the provinces might make the system work.

The Deputy Chairman: Mr. Ezeard and Ms Poirier did a very good job of the whole regional governance and laying out the benefits and also some of the remaining issues.

Mr. Ezeard, in your remaining issues section, you talk about the boards being elected by the community and the direct physician participation of the board does not exist except in one region. Does this cause huge problems? Is there conflicting interest in the whole area of governance? If there were not a connection between the physicians and the people actually delivering the service, and the board, would it not be better if there were some specifications of the types of people that make up the board?

Mr. Ezeard: Under the old institutional system, physicians played a major role. Usually, the Chair of MAC was a full standing member of the board. When we regionalized, that particular aspect was dropped.

Originally, the government appointed the board members and there was a strong emphasis to move any group that may have a vested interest in the operation back to an advisory role as opposed to direct participation in the board decision making. This procedure moved the governance out into the community and the legislation currently has some restrictions, vis-à-vis conflict of interest.

To try and replace that, the various regions have made a strong effort to try and make sure that prospective board members seeking election know exactly what is involved in their liaison with stakeholders, such as physicians or other major groups in the health care and social services system.

The intent of the appointment process of government is to try and balance the elected representatives to ensure that there is proper geographical sharing, gender split and cultural representation. It has forced us to be much more creative, particularly at the management level, in providing information to the board to make sure there are mechanisms for input.

Sud et nous avons une société qui en demande beaucoup à son système de soins de santé. Je suis heureux de constater que vous avez consacré du temps à ces questions.

La question des ressources humaines est la troisième question que j'aimerais aborder. J'ai participé à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux, notamment dans le secteur des ressources humaines, et j'ai présidé un groupe de travail sur les ressources des médecins au Canada. Je suis bien informé et j'ai beaucoup travaillé à essayer de tracer des voies pour l'avenir. Ce que j'ai constaté, c'est que le principal obstacle à l'efficacité, ce sont les dollars.

Nous pouvons former plus de fournisseurs, mais pour cela il faut plus d'argent, et les régimes provinciaux sont déjà à la limite de leur capacité. Le système appartient aux provinces. Le gouvernement fédéral pourrait collaborer avec les provinces. On l'a déjà dit, et je pense que c'est quelque chose qui mérite d'être creusé.

La santé relève des provinces, mais le gouvernement fédéral a peut-être les fonds qui permettraient au système de fonctionner dans le cadre d'un partenariat avec les provinces.

La vice-présidente: M. Ezeard et Mme Poirier ont bien présenté la question de la gouvernance régionale et les avantages ainsi que certaines des questions qui demeurent.

Monsieur Ezeard, dans votre partie sur les questions qui restent en suspens, vous dites que les conseils sont élus par la communauté et qu'il n'y a pas de participation directe du médecin au conseil sauf dans une région. Est-ce que cela pose d'énormes problèmes? Y a-t-il des intérêts contradictoires dans tout ce secteur de la gouvernance? S'il n'y avait pas de liens entre les médecins et les personnes qui fournissent le service, et le conseil, ne vaudrait-il pas mieux avoir des caractéristiques pour les personnes qui constituent le conseil?

M. Ezeard: Dans l'ancien système institutionnel, les médecins jouaient un rôle important. En général, le président du Comité médical consultatif était membre permanent du conseil. Quand nous avons régionalisé le système, on a abandonné cet aspect.

Au départ, c'est le gouvernement qui nommait les membres du conseil et on avait tendance à donner un simple rôle consultatif aux groupes qui pouvaient avoir un intérêt dans le fonctionnement du système, plutôt que de les laisser participer directement au processus de décision du conseil. Avec cette procédure, la gouvernance était confiée à la communauté et la loi actuelle prévoit certaines restrictions en matière de conflit d'intérêts.

Pour essayer de remplacer cela, les diverses régions se sont efforcées de s'assurer que les membres potentiels du conseil qui cherchaient à se faire élire savaient exactement à quoi s'en tenir sur leur liaison avec les intervenants, par exemple les médecins ou les autres grands groupes du système de soins de santé et de services sociaux.

La procédure de nomination du gouvernement a pour but d'essayer d'assurer un équilibre de la représentation au niveau de la géographie, des sexes ou de la culture. Cela nous a obligés à être beaucoup plus créatifs, surtout au niveau de la gestion, lorsque nous fournissons des informations au conseil pour nous assurer qu'il y a des mécanismes de participation.

In our region, we have two yearly meetings with the physicians and at that time they have the opportunity to present to the board, either in writing or in person, issues that they find relevant. I think there are opportunities for communication, but they are less than in the previous system.

The Deputy Chairman: Do you have any comment on that, Ms Poirier?

Ms Poirier: It certainly has been an issue. One of the arguments against it has been, why physicians? If you want to have physician representation, then you should perhaps also have representation from the other health professionals. The physicians are a very powerful force in the health care system. In the Queens Region there was opposition to the fact that there was not a physician represented on the board, and to the fact that we now have the Chief of the Medical Advisory Committee on the board. That has turned out to be more positive than we would have anticipated because with regional governance, the board has to speak with one voice and individual board members' perspectives are not supported. It has worked well and it is perhaps due to the individuals themselves, but certainly, it has been a good liaison and there has been much more harmony than we would have expected.

The Deputy Chairman: Has there been more pressure on the elected members of the board? Do they speak as a whole? I imagine that someone who has been elected to the board would have pressure on them whereas someone who has been appointed would not.

Ms Poirier: That is an excellent question and one would expect that would be the case. However, I was appointed and served a three-year term. Now I am elected and I see no difference at all. It may be due in part to the fact that the boards are not seen as very powerful organizations and not really in charge of health care. In our case, of the nine people on the board for the Queens Region, there is probably no difference between those who are elected and those who are appointed. The community has no idea who is appointed and who is elected.

Senator Callbeck: You think the public is not aware of who is elected and who is appointed on those boards?

Ms Poirier: I do not believe so. With few exceptions, the community may not be aware of who is on the board, let alone who is appointed and who is elected. We do not get large turnouts even though we do a huge amount of advertising. November is our annual meeting month and we encourage, plead, cajole, send out individual invitations, et cetera, but we do not get a big response. Our experience is that when there are big issues, people will attend. We had a very large turn out when we were about to close the acute addiction services in the East Prince Region. Otherwise, they do not attend and it is difficult to know why. Perhaps they are content with the system. We must also remember that this is a small province with a small population. If a citizen has an issue he or she can see the minister; and if he or she is not satisfied then the option is to go next door and talk to the premier. In P.E.I., that actually happens and I am sure the minister will elaborate on that point.

Dans notre région, nous avons deux réunions annuelles avec les médecins qui ont alors l'occasion de soulever avec le conseil, soit par écrit, soit personnellement, les questions qui leur semblent pertinentes. Je pense qu'il y a des possibilités de communication, mais elles sont moins importantes que dans le précédent système.

La vice-présidente: Vous avez un commentaire à ce sujet, madame Poirier?

Mme Poirier: C'est certainement un problème. Une des objections formulées a été: Pourquoi des médecins? Si l'on veut avoir une représentation des médecins, il faudrait aussi peut-être prévoir une représentation des autres professionnels de la santé. Les médecins sont une force très puissante dans le système de soins de santé. Dans la région de Queens, on a critiqué le fait qu'il n'y avait pas de représentation des médecins au conseil et que le chef du Comité médical consultatif en fait maintenant partie. Cela s'est révélé plus positif qu'on ne l'aurait prévu car avec une gouvernance régionale, le conseil doit parler d'une seule voix et on n'appuie pas le point de vue individuel des membres du conseil. Ce système a bien fonctionné, peut-être grâce aux individus eux-mêmes, mais en tout cas il a assuré une bonne liaison et permis une bien meilleure harmonie que nous ne l'aurions pensé.

La vice-présidente: Y a-t-il eu plus de pressions sur les membres élus du conseil? S'expriment-ils collectivement? J'imagine que quelqu'un qui est élu au conseil est plus susceptible de faire l'objet de pressions que quelqu'un qui a été simplement nommé.

Mme Poirier: C'est une excellente question, et on pourrait effectivement s'attendre à ce que ce soit le cas. Toutefois, j'ai été nommée et j'ai eu un mandat de trois ans. Je suis maintenant élue, et je ne vois pas la différence. C'est peut-être dû en partie au fait que les conseils ne sont pas considérés comme des organisations très puissantes et qu'ils ne sont pas vraiment responsables des soins de santé. Dans notre cas, parmi les neuf membres du conseil pour la région de Queens, il n'y a probablement aucune différence entre ceux qui sont élus et ceux qui sont nommés. D'ailleurs, la communauté ignore qui est nommé et qui est élu.

Le sénateur Callbeck: Vous croyez que le public ne sait pas qui est élu et qui est nommé à ces conseils?

Mme Poirier: Je ne pense pas. À quelques exceptions près, la communauté peut très bien ne pas savoir qui est au conseil, et encore moins qui est élu ou qui est nommé. Nous n'attirons pas grand monde malgré l'énorme publicité que nous faisons. Le mois de novembre est le mois de notre réunion annuelle et nous encourageons, nous plaidons, nous cajolons, nous envoyons des invitations individuelles, et cetera, mais il n'y a pas beaucoup de réaction. En général, lorsqu'il y a de grosses questions en jeu, le public vient. Nous avons eu beaucoup de monde lorsque nous étions sur le point de fermer les services de toxicomanie dans la région d'East Prince. Autrement, les gens ne viennent pas et il est difficile de savoir pourquoi. Peut-être sont-ils satisfaits du système. Il ne faut pas oublier non plus que cette province est petite et que la population n'est pas nombreuse. Si une personne a un problème, elle peut aller voir le ministre; et si elle n'est pas satisfaite, elle peut décider d'aller à côté s'adresser au premier

Senator Callbeck: You mentioned whether the community sees the board as a credible governing body or not.

Mr. Ezeard you talked about the last three years and remarked that the boards are doing more and reaching their objectives in health and social services. Ms Poirier do you think that in the last three years your board has become more credible in the eyes of the public?

Ms Poirier: I do not know if I can answer that. The only way to find the answer to that question is by conducting a public survey. I think they would pay lip service to us, but I think they think the power to make significant health care decisions rests with the minister and the premier.

Mr. Ezeard: There appears to be some difference in credibility and recognition of the boards between the rural and urban areas. In the rural area of West Prince there is a greater knowledge of who the board members are. In this small community people tend to run into each other in the grocery or drugstore and in this environment issues are discussed. It is a good way of determining what the concerns of the members of the community are.

West Prince went through a major upheaval and had a wholesale change of its board as a result of actions concerning the number of acute care beds, but I think that we certainly got over that and the regionalization of the whole system within West Prince has moved along quite satisfactorily. There are still a number of issues that have to be dealt with. However, we have had some success concerning long-term care, good publicity because of that success, and have become more confident as a result of being recognized as a region. Patients that would have had to become residents of an institution are now handled in home care. The community is aware of those changes and they are seen as being positive. Regionalization and involvement of the board in those kinds of actions has not gone unnoticed in our small rural area.

Dr. Ling: I spent a year on the provincial board. It is a tremendous challenge to be a board member. The profile is low especially in the urban areas. It is true that the power rests with the elected officials and as a result boards get bypassed. I agree that a public survey should be taken.

Ms Poirier: It is a complex system and people who work in it full-time are still challenged to truly understand all of its mechanisms. To give those similar responsibilities to people who do this work in a part-time capacity is unfair to both the system and the people. The responsibility of running Queens Region alone would be no small responsibility and it is a responsibility I would not want to undertake. Even with the help of well-trained, well-meaning staff, there is no one answer to a problem. It is not as though there is a pattern and then there is the answer. There are

ministre. À l'Île-du-Prince-Édouard, cela se fait et je suis sûr que le ministre vous en dira plus à ce sujet.

Le sénateur Callbeck: Vous disiez que l'on peut se demander si la communauté voit le conseil comme une instance crédible de gestion ou pas.

Monsieur Ezeard, vous avez parlé des trois dernières années et mentionné que les conseils font davantage et atteignent leurs objectifs en matière de santé et de services sociaux. Madame Poirier, pensez-vous qu'au cours des trois dernières années, votre conseil est devenu plus crédible aux yeux du public?

Mme Poirier: Je ne suis pas sûre de pouvoir vous répondre. La seule façon de trouver la réponse à cette question est d'effectuer un sondage auprès du public. Je pense qu'il serait poli vis-à-vis de nous, mais dans le fond, d'après moi, il pense que les décisions importantes en matière de santé relèvent du ministre et du premier ministre.

M. Ezeard: Il semble y avoir une différence de crédibilité et de reconnaissance vis-à-vis des conseils entre les régions rurales et les régions urbaines. Dans les zones rurales de West Prince, on sait davantage qui sont les membres du conseil. Dans cette petite localité, les gens se rencontrent en général à l'épicerie ou à la pharmacie et là, discutent des problèmes. C'est une bonne façon de savoir quelles sont les préoccupations des habitants de l'endroit.

West Prince a subi un très grand remaniement et le conseil a été totalement renouvelé à la suite des mesures prises relativement aux lits de soins actifs, mais je pense que nous avons maintenant surmonté cela et la régionalisation du système dans son ensemble dans la région de West Prince s'est faite de façon satisfaisante. Il y a toujours un certain nombre de problèmes à régler. Cependant, nous avons eu de bons résultats en ce qui concerne les soins à long terme, une bonne publicité du fait de ce succès, et nous sommes devenus plus confiants en nous sentant reconnus comme région. Les patients qui auraient dû devenir résidents d'une institution sont maintenant traités à domicile. La communauté se rend compte de ces changements et les trouve positifs. La régionalisation et la participation du conseil à des mesures comme celles-là ne passent pas inaperçues dans nos petites régions rurales.

Le Dr Ling: J'ai passé un an au conseil provincial. C'est extrêmement difficile d'être membre du conseil. On n'est pas très visible, surtout dans les zones urbaines. Il est vrai que ce sont les fonctionnaires élus qui ont le pouvoir et du coup, on passe outre aux conseils. Je trouve aussi qu'il serait bon de faire une enquête auprès du public.

Mme Poirier: C'est un système complexe et les personnes qui y travaillent à plein temps ont toujours du mal à bien comprendre tous ces mécanismes. En fait, ce n'est pas juste aussi bien pour le système que pour les personnes concernées, de donner les mêmes responsabilités à des personnes qui ne font ce travail qu'à temps partiel. Ce serait déjà une lourde responsabilité de devoir assurer seulement l'administration de la région Queens et c'est une responsabilité que je ne voudrais pas prendre. Même avec l'aide de personnel qualifié et bien intentionné, il n'y a pas de réponse

hard, tough choices to be made and I think in many ways the system is making those choices in the best way that it can.

We need more clarity. Very often the board members set out to do great things only to be frustrated in their efforts. There have very few discretionary resources for spending, etc. I do not want you to consider that our board wants to take over every aspect of what happens in the Queens Region. What we need, I think, is better clarification of exactly what the complementing roles are.

Senator Callbeck: As volunteer chair, approximately how many hours per week do work?

Ms Poirier: It depends on the work that needs to be done. During the spring months I worked between 30 and 40 hours a month. However, that is not enough time to do the job well.

Senator Callbeck: It is a lot of time, though.

Mr. Ezeard, in the benefits that you were listing here, one was greater accountability in terms of measuring health outcomes. We have been criticized for not doing enough of this. What health outcomes are we measuring that we were not measuring ten years ago, or before we did this?

Mr. Ezeard: In our region we are looking at about 30-40 performance indicators, to see how well we are performing. We are measuring patient and client satisfaction and also, staff satisfaction. We are addressing patient satisfaction through exit surveys or follow-up surveys conducted after discharge from hospital. We are looking at all of the services that we provide and dealing with any issues that are identified as problems.

There is a particular area that we have taken more interest in and that is staff wellness. We have conducted staff satisfaction surveys and are interested in outcomes. Therefore, we are looking at the outcomes of not only the clients but also our own stakeholders. Staff wellness has an immediate by-product on the productivity and the treatment of our patients and clients.

We have been measuring the regulars, the morbidity and mortality and that process has become more refined. Ms Poirier mentioned the accreditation process. All five regions are accredited at the same time. That has created consistency and measurement of outcomes in terms of results from activities. As a result, we get together and talk about areas where we fail to meet the standards that we have set.

Senator Callbeck: Do all the regions measure the same health outcomes?

Mr. Ezeard: Yes. We developed a pilot project in cooperation with the department and five key areas and a set of five developments were chosen. Staff wellness, cardiac outcomes and

unique à un problème. Ce n'est pas comme s'il y avait un système établi avec des réponses pour chaque cas. Il faut faire des choix difficiles et je pense qu'à bien des égards, les responsables du système font ces choix du mieux qu'ils peuvent.

Il faut davantage de clarté. Très souvent, les membres du conseil entreprennent de grandes choses mais se rendent compte que leurs efforts ne peuvent aboutir. Ils n'ont que très peu de ressources à leur disposition pour les dépenses, et cetera. Je ne veux pas que vous croyiez que notre conseil veut prendre à sa charge tout ce qui se passe dans la région Queens. Mais je crois qu'il faudrait que les différents rôles soient définis de façon précise.

Le sénateur Callbeck: En tant que présidente bénévole, combien d'heures par semaine travaillez-vous environ?

Mme Poirier: Tout dépend du travail qu'il y a à faire. Au printemps, j'ai travaillé entre 30 et 40 heures par mois. Mais ce n'est pas assez pour bien faire le travail.

Le sénateur Callbeck: C'est beaucoup de temps, pourtant.

Monsieur Ezeard, dans les avantages que vous énumérez, vous parliez d'une plus grande imputabilité pour ce qui est de mesurer les résultats en matière de santé. On nous a reproché de ne pas le faire suffisamment. Quels résultats en matière de santé mesure-t-on que l'on ne mesurait pas il y a 10 ans, ou avant cet exercice?

M. Ezeard: Dans notre région, nous examinons environ 30 ou 40 indicateurs de résultat pour évaluer notre action. Nous mesurons la satisfaction des patients et des clients et aussi, la satisfaction du personnel. Nous évaluons la satisfaction des patients par le biais de sondages à la sortie ou de sondages de suivi effectués après la sortie de l'hôpital. Nous examinons tous les services que nous fournissons et nous prenons des mesures pour régler tout ce qui paraît poser problème.

Il y a un domaine particulier auquel nous nous sommes tout spécialement intéressés, c'est le bien-être du personnel. Nous avons fait des enquêtes sur la satisfaction du personnel et nous sommes très intéressés par les résultats. Par conséquent, nous étudions les résultats non seulement pour les clients mais aussi pour nos propres intervenants. Le bien-être du personnel a des conséquences immédiates sur la productivité et le traitement de nos patients et de nos clients.

Nous avons mesuré les éléments habituels, la morbidité et la mortalité et le processus est devenu plus élaboré. Mme Poirier a parlé du processus d'accréditation. Les cinq régions sont toutes accréditées en même temps. Ceci a permis une plus grande cohérence dans la mesure des résultats obtenus à partir des différentes activités entreprises. En conséquence, nous nous réunissons pour discuter des domaines où nous n'avons pas réussi à atteindre les normes que nous avons fixées.

Le sénateur Callbeck: Est-ce que toutes les régions mesurent les mêmes résultats en matière de santé?

M. Ezeard: Oui. Nous avons mis au point un projet pilote en coopération avec le ministère et nous avons choisi cinq domaines clés et un ensemble de cinq développements. Le bien-être du

so on are now consistent across the province and that will be expanding to other services as this system gets rolling.

Senator Callbeck: Dr. Ling, you talked about the cost drivers, the drugs and the technology. Then spoke about the human resource sector in health which you say requires a partnership between the federal government and the provinces and that more money is needed. Is there anything else that we should be doing?

Dr. Ling: That is a complex question and we are having trouble finding the answer. Right now we are wrestling with the shape of the system, and if you are going to determine the human resource requirements, you have to know which way you are headed and how you are going to deliver services. If physicians are to continue in the role they now play and enjoy, and have for the last number of years, there are basically stand alone units that define their own business borders and have, like franchisees out there, and they do their work, and if that is the system that we are going to maintain, we will need more of them than we will in a different system. We have to know which way we are headed concerning primary care reform.

Senator Callbeck: You said that was coming on strong in Prince Edward Island. Can you elaborate on that?

Dr. Ling: We have been in medicare for a little over 30 years and for the first number of years, it worked very well and it worked well for everyone. It worked well for physicians because all of a sudden every account was good and they did better from a business point of view. That went on for 10 or 15 years and from a patient point of view, they had access to services when they needed them and there seemed to be sufficient providers to take up the work and so everyone was really content and the country rolled along.

To keep delivering these services, our scale of physicians per hundred thousand people began to rise and continued to do so for 20 years. Governments, of course, were paying for all the work that was being done and budgets became difficult to handle.

In the 1980s, interest rates were very high and there was a lot of difficulty in financing government programs. Naturally, something needed to be done. In the early years of medicare we opened up new medical schools, enlarged the ones that were there and produced more physicians. Our international borders were more open than they are now and international medical graduates were welcomed with open arms to come and be part of our workforce; they did so and our numbers rose.

Today we have a gap. We have tremendous pressure for service and we do not have as generous a workforce as we once had. How do we respond to that? I speak to this physician side because I am most familiar with it and I do not mean to be one-sided but I am sharing probably what I know best. Task Force II was referenced.

personnel, les résultats cardiaques et cetera, se retrouvent maintenant dans toute la province et ceci sera élargi aux autres services au fur et à mesure que ce système se mettra en place.

Le sénateur Callbeck: Docteur Ling, vous avez parlé des facteurs de coûts, des médicaments et de la technologie. Vous avez ensuite parlé du secteur des ressources humaines en santé dans lequel il faut d'après vous un partenariat entre le gouvernement fédéral et les provinces et davantage de fonds. Y a-t-il autre chose que nous devrions faire?

Le Dr Ling: C'est une question complexe à laquelle nous avons du mal à répondre. Actuellement, nous nous battons avec la forme du système, et pour déterminer les besoins en ressources humaines, il faut savoir exactement l'orientation que l'on veut choisir et la façon dont les services vont être dispensés. Si les médecins doivent continuer le rôle qu'ils jouent et qu'ils aiment actuellement, et depuis plusieurs années, il y a essentiellement des unités indépendantes qui définissent leurs propres limites, un peu comme les franchisés, et qui font leur travail et si c'est ce système que nous voulons conserver, il nous en faudra plus que si nous avions un système différent. Nous devons savoir dans quelle direction nous nous orientons en ce qui concerne la réforme des soins de première ligne.

Le sénateur Callbeck: Vous avez dit que cela allait être très fort à l'Île-du-Prince-Édouard. Pourriez-vous nous donner des précisions?

Le Dr Ling: Nous avons l'assurance-maladie depuis un peu plus de 30 ans et pendant les premières années, le système fonctionnait très bien, et très bien pour tout le monde. Il fonctionnait bien pour les médecins parce que tous les comptes étaient bons, tout d'un coup, et leur situation était meilleure, du point de vue des affaires. Cela a duré pendant 10 ou 15 ans et quant aux patients, ils avaient accès aux services lorsqu'ils en avaient besoin et il semblait y avoir suffisamment de fournisseurs de services pour faire le travail et donc tout le monde était très content et tout allait bien partout.

Pour continuer à dispenser ces services, le nombre de médecins par centaines de milliers de personnes a commencé à augmenter, et la tendance s'est maintenue pendant 20 ans. Les gouvernements, naturellement, payaient tout le travail effectué et les budgets sont devenus difficiles à gérer.

Au cours des années 80, les taux d'intérêt étant très élevés, il est devenu très difficile de financer les programmes gouvernementaux. Naturellement, il fallait faire quelque chose. Au cours des premières années du régime d'assurance-maladie, nous avons ouvert deux nouvelles écoles de médecine, agrandi celles qui existaient déjà et formé un plus grand nombre de médecins. Nos frontières internationales étaient plus ouvertes que maintenant et les diplômés en médecine de l'étranger étaient accueillis à bras ouverts lorsqu'ils voulaient venir travailler ici; c'est ce qu'ils ont fait et les chiffres ont augmenté.

Aujourd'hui, il y a un écart. Les pressions exercées pour obtenir des services sont très fortes et nous n'avons pas la main-d'œuvre abondante que nous avions à une certaine époque. Comment réagir à cela? Je présente le point de vue des médecins parce que c'est celui que je connais le mieux et je ne veux pas être partial

The Canadian Medical Forum, which is organized medicine put out a report three years ago and said we need more doctors in this country. Our government was not sure about that but tried to change things. They decided that there was a need for 2,000 doctors to be produced every year. At the time there were 1,550 doctors graduating each year. In this current year we have between 350 and 450 of those spots filled or 80 per cent of the demand.

However, Atlantic Canada has been unable to do that. We are hamstrung. Dalhousie University is the only academic centre in the country that did not enlarge their medical school. Memorial University did it in a cheaper way. New Brunswick and P.E.I. purchased 12 of the 15 seats they usually sold to Americans. They did not increase any of their expenditures but instead closed off 12 of those seats to American candidates and increased their Canadian class by 12 students. Dalhousie still sits at the same number and that is unfortunate. The other 15 schools all had increases. That is where we are in the physician HR side and I just painted the picture a little bit. We have to enlarge our classes once again.

Senator Callbeck: Ms Poirier is the community clinic in Sherwood primary care or is it set up with a doctor and a nurse?

Ms Poirier: The Four Neighbourhoods is a Sherwood clinic and its concept is primary care. Originally, we wanted to do this a long time ago but we could not find a physician in our community who would work for salary. That, I think, has changed significantly over the last year or two, so we are ready to go.

Senator Callbeck: We have a clinic in Sherwood and one in Wellington. Are those the only two on the Island?

Mr. Ezeard: They are a bit different as well. Both were set up on a community service model, basically with no medical component, although Wellington for a time did enjoy a visiting physician. Six or seven years ago physicians were not receptive to the invitation to join the operation. We are moving toward alternate pay and as a result the doctors are more agreeable to the idea. Five years ago we had approximately 15 physicians out of a workforce of 150 that were salaried physicians. We now have doubled that number and will likely double that number again over the next number of years. I believe that to be a healthy trend for the system.

The Four Neighbourhoods wanted desperately to get into primary care and the medical aspect of it, and we were able to accommodate them with a new position. We hope to move up to two FTE physicians in the next year at that site.

I think they are very pleased with the outcome and I think their clientele enjoy a broader service delivery. The physicians have a role to play in the primary work that is being done and will do so if adequately compensated for their time. This new design with its

mais j'explique ce que je connais le mieux. On a créé le Groupe de travail II. Le Forum médical canadien qui représente la médecine organisée, a publié un rapport il y a trois ans disant qu'il fallait davantage de médecins au Canada. Notre gouvernement n'était pas certain de cela mais a essayé de changer les choses. Il a décidé qu'il fallait produire 2 000 médecins par an. À l'époque, 1 550 médecins obtenaient leur diplôme chaque année. Cette année, nous avons comblé entre 350 et 450 de ces postes, soit 80 p. 100 de la demande.

Cependant, ceci n'a pas été possible dans la région atlantique. Nous n'avons pas les moyens. Dalhousie University est le seul centre universitaire du pays qui n'a pas agrandi sa faculté de médecine. Memorial University l'a fait d'une façon moins coûteuse. Le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont acheté 12 des 15 places qu'ils vendent habituellement aux Américains. Ils n'ont augmenté aucune de leurs dépenses mais ont fermé 12 de ces places offertes aux candidats américains et augmenté de 12 le nombre d'étudiants canadiens. Dalhousie a toujours le même nombre et c'est regrettable. Les 15 autres facultés de médecine ont eu des augmentations. Voilà où nous en sommes du point de vue des ressources humaines en médecins et je ne vous ai donné qu'un très bref aperçu de la situation. Nous devons encore augmenter le nombre de nos étudiants.

Le sénateur Callbeck: Madame Poirier, la clinique communautaire de Sherwood est-elle un centre de soins de première ligne ou y a-t-il un médecin et une infirmière?

Mme Poirier: Le centre Four Neighbourhoods est une clinique de Sherwood et c'est un centre de soins primaires. Il y a longtemps que nous voulions faire cela mais nous ne pouvions pas trouver de médecin acceptant d'être salarié dans notre collectivité. Je crois que ceci a beaucoup changé au cours des deux dernières années, et donc nous sommes prêts.

Le sénateur Callbeck: Nous avons une clinique à Sherwood et une à Wellington. Est-ce que ce sont les deux seules sur l'Île?

M. Ezeard: Elles sont aussi légèrement différentes. Toutes deux ont été créées selon un modèle de services communautaires, sans composante médicale pratiquement, quoique à Wellington, il y a eu un médecin vacataire pendant un certain temps. Il y a six ou sept ans, les médecins ne répondaient pas à l'invitation à se joindre au centre. Nous nous orientons vers un système de rémunération alternative et de ce fait, les médecins sont moins réticents devant cette idée. Il y a cinq ans, sur un personnel de 150, nous avions environ 15 médecins salariés. Nous avons maintenant doublé ce chiffre et nous le doublerons à nouveau vraisemblablement au cours des prochaines années. Je pense que c'est une bonne tendance pour le système.

Le centre Four Neighbourhoods voulait désespérément dispenser des soins primaires et assurer le côté médical, et nous avons pu lui octroyer un nouveau poste. Nous espérons passer à deux médecins ETP l'année prochaine à cet endroit.

Je pense qu'ils sont très satisfaits du résultat et que leur clientèle bénéficie d'une gamme de soins plus vaste. Les médecins ont un rôle à jouer dans le travail de première ligne et le feront s'ils sont adéquatement rémunérés pour le temps qu'ils

incentives is bringing the physicians into the system more efficiently than was done before.

Senator Callbeck: Is it open in the evenings, too?

Ms Poirier: It is open but I am not sure if all professionals are there in the evenings, but it certainly is open for a lot of community events and it is a real community centre as well as a place to get health care.

Senator Cook: In my other life I was a board member. Have you looked at other models of governance, particularly in Atlantic Canada? I would like to offer you one from the Health Care Corporation of St. John's. It is a broader model than the one that you are working with. For instance, we had the department heads from finance, nursing, ethics, human resources, and two or three board members assigned to those subcommittees and we did detailed work and brought it back to the board. In addition to that, we had a medical advisory representative, a representative from the provincial Executive Council, and someone from the medical school so that our communication flowed fairly easy. In all of the structures, we had our mission statements and our policies. I do not know if we were doing a good job or not, but by and large the government listened.

I know that your 25-30 hours a month is not accurate. Again, on the issue of appointments and election, I think for a health board to achieve their mandate you have to be eligible. If you are going to have an election, there has to be an application in order to get the criteria of the people around the table that is necessary to do the job. There is a lot of expertise that comes from the volunteer community that sits at that table and something that the community can be critical of because all of you are all appointed. Those who go there with a particular expertise are strong people and believe in that commitment and go forward with it. I would like to offer you ours and I could send it to you and you may just pick up something from it, and good luck.

The Deputy Chairman: I would like to thank each of you for appearing before the committee. I really think it was important that we get some input on the regional governance and the regional boards. It is an area that is certainly getting a lot of attention across the country, some good and some bad. On behalf of my fellow committee members, I would like to thank you.

The committee suspended.

The committee resumed.

The Deputy Chairman: Welcome to our afternoon session. Please proceed, Mr. Ballem.

The Honourable Jamie Ballem, Minister of Health and Social Services, Prince Edward Island: What we are proposing to do today is that I will make some opening remarks, my deputy

consacrer à cela. Cette nouvelle formule avec ses incitatifs assure une meilleure participation des médecins au système.

Le sénateur Callbeck: Le centre est-il ouvert en soirée également?

Mme Poirier: Il est ouvert mais je ne sais pas si tous les professionnels sont là le soir, mais c'est ouvert pour beaucoup de manifestations communautaires et c'est un vrai centre communautaire aussi bien qu'un endroit où l'on peut aller se faire soigner.

Le sénateur Cook: Dans mon autre vie, j'étais membre du conseil. Avez-vous examiné d'autres modèles de gestion, particulièrement dans la région atlantique? Je voudrais vous en proposer un de la Health Care Corporation de St. John's. C'est un modèle plus large que celui avec lequel vous travaillez. Par exemple, nous avions les chefs de département des finances, des soins infirmiers, de l'éthique, des ressources humaines, et deux ou trois membres du conseil affectés aux sous-comités et nous faisons un travail détaillé que nous soumettions ensuite au conseil. De plus, nous avions un représentant consultatif médical, un représentant du Conseil exécutif provincial, et une personne de la Faculté de médecine de sorte que les communications étaient assez faciles. Dans toutes les structures, nous avions nos énoncés de mission et nos politiques. Je ne sais pas si nous faisons un bon travail, mais dans l'ensemble, le gouvernement écoutait.

Je sais que vos 25 à 30 heures par mois ne correspondent pas à un chiffre exact. Là encore, pour ce qui est des personnes nommées et des personnes élues, je pense que pour qu'un conseil de santé s'acquitte de son mandat, il faut être éligible. S'il doit y avoir une élection, il faut déterminer les critères que doivent satisfaire les personnes autour de la table et qui sont nécessaires pour faire le travail. Les bénévoles assis à cette table constituent une grande réserve d'expérience et c'est quelque chose que la collectivité peut critiquer parce que vous êtes tous nommés. Ceux qui vont là avec une expérience particulière sont des personnes fortes qui croient à cet engagement et décident d'agir. J'aimerais vous offrir le nôtre et je pourrais vous envoyer ce modèle où vous trouverez peut-être quelque chose d'intéressant; bonne chance.

La vice-présidente: Je voudrais vous remercier d'avoir comparu devant le comité. Je pense qu'il était très important d'entendre les commentaires des conseils régionaux et des personnes chargées de la gestion régionale. C'est un domaine qui suscite beaucoup d'attention dans l'ensemble du pays, parfois en bien, parfois en mal. Je vous remercie au nom de tous les membres du comité.

La séance est levée.

La séance reprend.

La vice-présidente: Je vous souhaite la bienvenue à notre session de l'après-midi. Veuillez procéder, je vous en prie, monsieur Ballem.

L'honorable Jamie Ballem, ministre de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Voici ce que nous vous proposons pour aujourd'hui: je ferai une déclaration

minister will make some comments and then I will deal with a couple of issues before finishing off.

To begin, I would like to thank you for affording us the opportunity to join you today and take part in these discussions. The fact that we are here this afternoon is just part of it. When I look at the list of presenters or panels that have appeared before you, it includes many of our staff, and our partners have also participated, and that is important for us in giving you the message about health care and our system in this province. Like you, we are very concerned about where health care is going and the direction it is taking. We are concerned about the issues that we are trying to deal with as a system, not just in this province but across the country.

One of our first priorities, as a department and as a health system, is sustainability, and we do not mean just dollars and cents. We mean our ability to continue with the success and access to quality services by Islanders, not only now but in the future, using the financial and human resources that we have available to us, as well as our capital equipment and the facilities that we have available and that will be available in the future. To put it into a little bit of perspective, with respect to the challenges that we face in this jurisdiction in regard to our Health and Social Services Department right now, we take 42 cents of every dollar that is spent in the province. Based on very conservative projections in a very few years, that could be 50 per cent if we do not do something about it. That poses a lot of challenges for us as a government as to where we have our spending priorities, how much we are able to do and what we are capable of putting in place.

We have a couple of strategies that we feel could be useful in improving the sustainability, and at the end of our session we will close our presentation by talking about stable funding, improved efficiency and innovation.

My deputy will be talking about our integrated system here in the province. We will talk about the health of Islanders, to highlight it and put it into perspective in relation to the challenges that we face. I will turn the session over now to Mr. Francis.

Mr. Rory Francis, Deputy Minister, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island: I know the focus of your work is on the health system, and we are aware of that. I guess we just want to acknowledge the difference between health and health care, and the fact that, in our view, certainly the system needs to be designed around the citizens of the province and their health status. What our issues are in terms of the current health status, and how we ensure that we have a healthy population is obviously a very important part of determining what we actually must do, as a system, to respond to the needs of our citizens.

In P.E.I., we have very good results in terms of the health status of citizens in some areas, and not so good results in others. We have high rates of positive mental health — in fact, one of the best

préliminaire, après quoi mon sous-ministre fera quelques observations puis j'aborderai quelques questions avant de conclure.

Tout d'abord, j'aimerais vous remercier de nous avoir invités à comparaître devant votre comité et à participer à vos travaux. Le fait d'être ici n'est qu'une partie du travail. Quand j'examine la liste des présentateurs ou des intervenants qui ont comparu devant votre comité, j'y trouve plusieurs membres de notre personnel et des représentants de nos partenaires, ce qui illustre bien l'importance de vous communiquer notre message concernant les soins de santé et notre système provincial. Tout comme vous, je me préoccupe grandement de l'avenir des soins de santé et de l'orientation que prend le système. Les questions que nous cherchons à aborder nous préoccupent, non seulement au niveau provincial, mais à l'échelle nationale.

En tant que ministre et administrateur de système de santé, une de nos premières priorités est la viabilité, et je ne parle pas ici uniquement de dollars et de cents. Je parle de notre capacité de continuer d'assurer le succès du système et de garantir l'accès à des services de qualité aux citoyens de la province, aujourd'hui et aussi dans le futur, en utilisant les ressources financières et humaines auxquelles nous avons accès, de même que nos immobilisations et les installations disponibles actuellement et dans le futur. Pour mettre tout cela en perspective et pour situer les défis qui se posent au ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son domaine de compétence, disons que nous obtenons 42c. de chaque dollar dépensé dans la province. Selon des projections très conservatrices, ce montant pourrait atteindre 50 p. 100 dans quelques années si nous n'y voyons pas. Voilà qui constitue un défi de taille pour notre gouvernement, qui doit déterminer les priorités en matière de dépense, ce qu'il est possible de faire et ce que nous pouvons mettre en place.

Nous avons élaboré quelques stratégies qui, selon nous, permettraient d'améliorer la viabilité du système. À la fin de notre intervention, je vous parlerai de financement stable, d'une meilleure efficacité et d'innovation.

Mon sous-ministre vous parlera de notre système provincial intégré. Nous vous parlerons aussi de la santé des Prince-Édouardiens et nous tenterons de la mettre en perspective par rapport aux défis auxquels nous sommes confrontés. Je cède donc la parole à M. Francis.

M. Rory Francis, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Je sais que vos travaux portent surtout sur le système de santé, et nous en sommes conscients. Nous voulons simplement souligner les différences qui existent entre la santé et les soins de santé et le fait que, selon nous, le système doit être conçu en fonction des citoyens de la province et de leur état de santé. Les questions entourant l'état de santé actuel et la façon dont nous nous assurons d'avoir une population en santé sont manifestement des éléments très importants pour déterminer ce que nous devons faire, dans le cadre de notre système, pour répondre aux besoins de nos citoyens.

L'Île-du-Prince-Édouard affiche de très bons résultats pour ce qui est de l'état de santé de ses citoyens dans certains secteurs et moins bons dans d'autres. La province enregistre des taux de santé

results in the country — very low rates of sexually transmitted diseases, the highest level of social support and strong social networks in the country. Our children have excellent birth weights, the lowest rate of child poverty in the country here in Prince Edward Island, and one of the lowest rates of infant mortality in the country.

At the same time, on the negative sides, we have some of the lowest rates of physical activity, the highest rates of children exposed to second-hand smoke, one of the highest rates of cardiovascular death among males, unemployment rates that we would certainly rather have lower, and literacy and education levels — which are also another important determinant of health — should be higher.

Like other Atlantic Canadians, Islanders are generally less healthy because we smoke too much, we drink more, we exercise less and, in general, carry too much body weight. As a result, we have some higher chronic disease issues, particularly cancer, heart disease and diabetes which are certainly a challenge and a burden on individuals and families and on the health system. Chronic disease is the major cause of death, as well as potential years of life lost, hospitalization, and reduction in quality of life. Cancer is the leading cause of potential years of life lost, and diabetes and depression are certainly increasing at alarming rates, a particular problem across Canada but also here in Prince Edward Island.

Our primary opportunities to improve health status within the system, we believe, and as you may have noted, lie within the strategy that we have been working through with citizens within our health system, putting a lot of emphasis on healthy child development. We believe that is an area where we really need to pay more attention and invest more resources, as difficult as that may be given the demands on the acute side of the system. We need to invest for the long term in healthy child development for many reasons that we could probably spend a whole hour talking about, in and of itself.

Reducing risk factors for chronic disease is another such strategy. Again, there are many lifestyle issues involved, such as smoking, lack of exercise, people being overweight and so on. This is another very important area that we must pay attention to if we are to have a sustainable system in relation to the prevention and chronic disease management side of things.

We probably have one of the most integrated of services in Canada in relation to health, social services and housing, in that it is different than what currently exists in most parts of Canada. We have a publicly-funded and administered system with universal access to medically necessary hospital and physician services. That, and many other health and social services, are funded in whole or in part by the provincial government. I do not think I need to talk about the governance system that we have. I believe in an earlier session you had representatives talk about our regionalized system, and some of the strengths and weaknesses of that. Certainly, we are making great gains in using effectively a

mentale positifs — de fait, parmi les meilleurs au pays — de très faibles taux de maladies transmises sexuellement, le plus haut niveau de soutien social et de solides réseaux sociaux au pays. Le poids de nos enfants à la naissance est excellent, nous enregistrons le plus faible taux de pauvreté infantile au pays et nous avons l'un des plus faibles taux de mortalité infantile au pays.

Il y a cependant des côtés négatifs: nous avons l'un des plus faibles taux d'activité physique, le taux le plus élevé d'enfants exposés à la fumée secondaire, un des plus hauts taux de décès attribuables à des maladies cardio-vasculaires chez les hommes, un taux de chômage que nous aimerions voir diminuer et les taux d'alphabétisation et d'éducation — qui sont également des facteurs déterminants de l'état de santé — devraient être plus élevés.

Comme c'est le cas des autres Canadiens qui vivent dans la région de l'Atlantique, les Prince-Édouardiens sont généralement en moins bonne santé parce qu'ils fument trop, boivent davantage, font moins d'exercice et, de manière générale, ont un excédent de poids. C'est pourquoi nous avons plus de problèmes de maladies chroniques, plus particulièrement le cancer, les maladies cardiaques et le diabète, situation qui pose un défi de taille et impose un fardeau pour les individus et les familles et pour le système de santé. Les maladies chroniques sont la principale cause de décès et de la réduction de l'espérance de vie, de la durée de l'hospitalisation et de la diminution de la qualité de vie. Le cancer est la cause principale des années de vie perdues, tandis que le diabète et la dépression croissent à des taux alarmants, un problème particulier à l'échelle du Canada, mais aussi à l'Île-du-Prince-Édouard.

Comme vous l'aurez sans doute remarqué, nous estimons que la stratégie élaborée avec nos citoyens constitue la meilleure façon d'améliorer l'état de santé. Cette stratégie met l'accent largement sur le développement d'enfants sains. Selon nous, il faut accorder plus d'attention à ce secteur et y investir davantage de ressources, même si cela est difficile compte tenu des exigences en matière de soins actifs. Nous devons investir à long terme pour la santé des enfants, et les raisons de le faire pourraient alimenter de longues discussions.

La réduction des facteurs de risque de maladie chronique est une autre stratégie. Les nombreux styles de vie comme l'usage de tabac, le manque d'exercice, l'embonpoint et ainsi de suite sont à considérer. Voilà un autre secteur très important auquel nous devons porter attention si nous voulons établir un système viable pour la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Nous disposons déjà de l'un des systèmes les mieux intégrés au Canada pour la santé, les services sociaux et le logement, et il diffère de ce qui existe actuellement dans la plupart des régions du Canada. Nous avons un système financé et administré par le gouvernement qui offre un accès universel aux services nécessaires offerts par les hôpitaux et les médecins. Ces services, de même que bien d'autres services de santé et services sociaux, sont financés en totalité ou en partie par le gouvernement provincial. Je ne crois pas devoir aborder la question du système de gouvernance que nous avons mis en place. Lors d'une séance de travail tenue plus tôt, des représentants vous ont parlé de notre

model which involves regions and the department in a way that provides for better outcomes for our citizens.

The high degree of integration includes a wide range of services, health and social services, acute care, addictions, mental health and housing, all very broad and integrated on a regional level, which really provides opportunity for more client-focused, patient-focused care than would be the case if the system were modelled around programs as opposed to regions and citizens. Some specialty services are accessed within the Atlantic health care system so we do not try to do everything ourselves here in the province. We have strong partnerships with New Brunswick and Nova Scotia, in particular on some of the secondary and tertiary acute care services. That is what makes sense from a population-based standpoint, and if we were not already doing that, we would certainly be thinking hard about it these days because of the challenge of attracting to the region appropriately trained and qualified health professionals. These days, you need to have more than a sustainable system; in some of these service areas, you need to have the backup of human resources. One-off services are very fragile, and by working regionally around those services, we have a much better opportunity to maintain a sustainable, high quality service. Those relationships are very important to us in the Atlantic provinces.

Combined public and private spending per capita in the province is about \$2,500 — slightly less than the national average. On the other hand, spending as a percentage of our GDP is 11.7 per cent, which is the second highest in the country. Therefore on one hand, while we are spending a large proportion, relatively speaking, of what the province earns in terms of GDP and what we can afford, on the other hand, the cost per citizen, if you will, is lower than the average in Canada.

I will turn the floor back over to the minister to talk about some of the critical issues in our system.

Mr. Ballem: The way we see it, there are a couple of critical issues that need to be addressed if we are to improve sustainability — or in fact have sustainability — and one of the biggest challenges we have is public expectation and demand. Without doing some advertising for a multinational, our public health system has become “Macdonald-ized.” “Let me drive up to the window,” or “I will give you something I got from the Internet,” or “I have done some research, here is what is wrong with me, give me a pill and let me keep going because I really do not have time to be sick or stay home.” With the expectation that I need to do it quicker, there is a feeling that we can have immortality if we could just afford it. We know science is doing it. It is just a question of when we can get there.

What is another challenge for our province, and again it is something that Senator Callbeck can relate to, is that we want to have that service next door. Mr. Francis mentioned our relationship with Nova Scotia and New Brunswick whereby we have a number of services that are provided in Moncton or Halifax. The drive

système régionalisé et de ses points forts et de ses points faibles. Nous utilisons de manière de plus en plus efficaces un modèle qui fait intervenir toutes les régions et le ministère de manière à donner de résultats meilleurs pour tous nos citoyens.

L'intégration poussée comprend une vaste gamme de services de santé et services sociaux, soins actifs, traitement des toxicomanies, santé mentale et logement. Il s'agit de services étendus et bien intégrés à l'échelle régionale, qui offrent la possibilité de mieux cibler la clientèle, d'offrir de meilleurs services aux patients que si le système était organisé autour de programmes plutôt qu'en fonction des régions et des citoyens. Les citoyens ont accès à certains services spécialisés par l'entremise du système de santé de l'Atlantique, de sorte que nous ne cherchons pas à tout faire par nous-mêmes au sein de la province. Nous avons établi de solides partenariats avec le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, particulièrement pour certains services de soins actifs secondaires et tertiaires. Voilà qui est logique du point de vue de la population. Si nous ne faisons pas déjà cela, nous y songerions sérieusement en raison de la grande difficulté d'attirer en région des professionnels de la santé formés et qualifiés. De nos jours, il faut plus qu'un système viable. Dans certains secteurs de services il faut aussi compter sur les ressources humaines. Les services uniques sont très fragiles et il faut les aborder à l'échelle régionale afin de pouvoir mieux en assurer la viabilité et la qualité. Ces rapports sont très importants pour les provinces de l'Atlantique.

Les dépenses publiques et privées combinées par habitant dans la province sont d'environ 2 500 \$ — c'est-à-dire un peu moins que la moyenne nationale. D'autre part, les dépenses par rapport à notre PIB sont de 11,7 p. 100, ce qui nous place au deuxième rang au pays. Par conséquent, bien que nous dépensions une grande proportion du PIB de la province, et compte tenu de ce que nous pouvons nous offrir, le coût par citoyen est inférieur à la moyenne pour le Canada.

Je passe la parole au ministre qui abordera certains éléments critiques de notre système.

M. Ballem: J'estime que certaines questions essentielles doivent être abordées pour améliorer la viabilité — ou même pour parvenir à la viabilité. Les attentes et les exigences du public constituent le principal obstacle. Sans vouloir faire de la publicité pour une multinationale, je dirais que notre système de santé publique a des allures de «Macdonald». «Laissez-moi passer au service au volant» ou «Je vous donnerai quelque chose que j'ai trouvé sur l'Internet» ou «J'ai fait des recherches et voici ce qui ne va pas chez moi».» Donnez-moi une pilule et laissez-moi continuer parce que je ne crois pas avoir le temps d'être malade ni de rester à la maison». Les gens s'attendent à être traités plus rapidement et ils ont le sentiment que l'immortalité est à portée de main, si seulement nous pouvions nous le permettre. Je sais que la science va dans ce sens, et que c'est une question de temps avant d'y parvenir.

La province est confrontée à un autre problème — que le sénateur Callbeck pourra comprendre: les gens veulent que les services soient offerts à proximité de chez eux. M. Francis a parlé de nos rapports avec la Nouvelle-Écosse et avec le Nouveau-Brunswick, des rapports qui font en sorte qu'un certain

from Charlottetown to Moncton is not that long. If the service were in Ontario or in Saskatchewan or Nunavut, you would not think twice about it, but the expectation is that we should have that service here in P.E.I. For the most part, we try to do what we can. Where we run into difficulties is the ability to have any kind of a critical mass for professionals. We will not be doing heart surgery because we would not have enough for a heart surgeon to do, if we could get one. Thus when we see that the system is being demand-driven, how do we control that? That is what we are looking at: whether we should try to address the demographic changes, and try to quantify and qualify what public expectations are. I feel that one of the things we should try to do — and it is very difficult — is to tell people what things actually cost, but how do you measure that? That is another challenge for which we do not yet have the answer.

Another critical issue for us is the supply of health professionals, and here we are no different in this province than in any other jurisdiction in the country. It is becoming increasingly difficult to maintain the traditional supply and mix of health professionals. We have a situation where the perception is that health care is measured by how much money you spend, how many doctors you have, how many nurses you have, because everybody is in their box, and thinking "This is what I have traditionally done as a health professional." However, when you try getting more doctors, they are just not available. Money is not the issue. More nurses are needed; we have 40-plus vacancies in our nursing structure right now. I budget for more than that every year, for all those vacancies, and we will pay more than that in overtime. It is not a question of creating more positions. We just cannot get the bodies.

Thus we are looking at how to utilize the health professionals that we have: what the mix will look like, and who does what. We are trying to have attractive recruitment and retention packages. We are trying to make the workplace something that is attractive to keep people here. We cannot compete in dollars. If it was just a case of dollars and cents, everybody would be in Alberta. We are trying to create a situation in this province whereby it is an attractive opportunity for someone to come and practise their profession. As part of that, it makes sense to do some planning. However, when you are very limited in your resources, and the demand is in the acute care hospital or long-term care, it is difficult to take those resources and put them into future, down the road planning.

Demand is increasing for specialty services in our province. There is a big increase in the demand for cancer treatment. We are trying to address that. We are putting in more equipment to allow more of our residents to stay home and have their treatments, but right now our radiation oncology unit, for example, is shut down because we do not have a radiation oncologist. We are trying very hard to get one. It is difficult for a small jurisdiction to compete

nombre de services sont offerts à Moncton ou à Halifax. Il n'est pas très long d'aller de Charlottetown à Moncton. Si les services étaient offerts en Ontario ou en Saskatchewan ou même au Nunavut, vous n'y penseriez même pas, mais les gens s'attendent à ce qu'ils soient offerts ici même, à Île-du-Prince-Édouard. Dans la plupart des cas, nous faisons ce que nous pouvons. Les problèmes surgissent parce que nous ne pouvons nous permettre d'avoir une masse critique de professionnels. Nous ne faisons pas de chirurgie cardiaque parce qu'il n'y aurait pas suffisamment de chirurgiens, si toutefois nous pouvions en trouver. Comment est-il possible de contrôler un système qui est axé sur la demande? C'est la question que nous cherchons à résoudre: nous voulons savoir si nous devrions aborder les changements démographiques et chercher à quantifier et à qualifier les attentes du public. Selon moi, nous devrions à tout le moins, même si cela est difficile, dire à la population ce que coûtent véritablement les services, mais encore là, comment mesurer ce coût? Voilà une autre question à laquelle nous n'avons pas de réponse.

La disponibilité de professionnels de la santé nous pose un autre problème de taille. À ce chapitre nous ne sommes guères différents des autres secteurs de compétence du pays. Il devient de plus en plus difficile de maintenir le nombre et la combinaison traditionnelle de professionnels de la santé. Nous avons parfois l'impression que les soins de santé sont fonction des sommes dépensées, du nombre de médecins disponibles, du nombre d'infirmières, parce que chacun fonctionne dans son petit univers en se disant «C'est ce que j'ai toujours fait en tant que professionnel de la santé». Toutefois, quand vous cherchez à obtenir davantage de médecins, vous vous rendez compte qu'il n'y en a pas. L'argent n'est pas le problème. Il faut davantage d'infirmières et d'infirmiers. Actuellement, il y a plus de 40 postes vacants dans notre structure de soins infirmiers. Chaque année, je fais des prévisions budgétaires pour un nombre supérieur, pour tous ces postes vacants, et nous verserons davantage en temps supplémentaire. Le problème n'est pas de créer plus de postes, c'est simplement d'obtenir plus de personnel.

Nous cherchons donc la façon d'utiliser les professionnels de la santé que nous avons: quelle sera la composition et qui fera quoi. Nous tentons de mettre au point des programmes de recrutement et de maintien en emploi attrayants. Nous cherchons à faire en sorte que le milieu de travail soit attirant afin de garder les gens chez nous. Au plan monétaire, nous ne pouvons concurrencer. Si tout n'était qu'une question de dollars et de cents, tous les praticiens seraient en Alberta. Nous cherchons à créer dans la province un contexte qui fournisse à chacun une occasion attrayante de venir exercer leur profession. Cela étant dit, il est raisonnable de planifier. Toutefois, quand vos ressources sont très limitées et que la demande est dans le domaine des soins actifs ou des soins à long terme, il est difficile dans notre planification de prendre ces ressources et de les affecter à d'autres besoins.

La demande de soins spécialisés s'accroît dans la province. La demande de traitement des cancers enregistre une augmentation importante et nous cherchons à aborder ce problème. Nous faisons l'acquisition d'un plus grand nombre d'équipements afin de permettre aux patients de rester à la maison pour leurs traitements, mais pour le moment, notre unité d'oncologie est fermée parce qu'il n'y a pas d'oncoradiologiste. Nous faisons de gros efforts

against larger urban areas for specialists. Having said that, we think we are making some progress and are hopeful that we will get there.

With respect to diagnostic services, we would like to have more of that done at home. We are putting out an RFP, or request for proposal, in the next few days for an MRI unit to be installed in the Queen Elizabeth Hospital here. Our target date is to have that unit up and running by next September, but that means taking resources away from other areas. We can access facilities in Moncton, but again, it goes back to the question of demand, and where we should have our service.

We are trying to improve our primary care services, and who delivers primary care. Instead of just treating people in the hospital, let us do a little prevention. Let us do some wellness. I go back to our resource issue and ask: who is prepared to give up some of their budget, or where do I get the money to put into prevention? As politicians, we do not have that long an attention span. If we do not see a payback in three or four years, it is very difficult to make that tough choice. Those are some of the challenges that we face and they are not unique to this province.

When it comes to speciality services and primary care, what we are looking at is using our existing health providers to the maximum of their education, their ability, and their training. I am not as concerned about what the title of the health professional providing the service is, as I am about their ability to do it. When we try to achieve more integration — and we do have that going on in the province — you meet a certain amount of resistance from all sides. Even though a doctor has always done such and such, a doctor does not always have to do it. Maybe we can have a nurse do it. By the same token, a nurse does not have to do all that they have been doing. Perhaps an LNA or an LPN can do more.

Another one of our critical issues is the lack of stable funding. When we examine our budget and determine where the money has gone in this province and in other jurisdictions, vis-à-vis the rest of the provincial budget, it is extremely difficult to garner a lot of sympathy at the cabinet table, or when you approach the budget cabinet, telling them you need some more money. To put that into perspective, last year the Department of Health and Social Services had a \$23 million increase in its budget. Five government departments in this province have budgets of less than \$23 million. With respect to research, one of the top issues has been the environment in the last number of years. It is second or third behind health care on a regular basis. However, the entire budget for the Department of Fisheries, Aquaculture and the Environment is less than \$8 million. Therefore when I go into budget cabinet and say to my colleague in that department, "Can I have your whole budget, because that will do me about nine days," I do not get a lot of sympathy because we need to look to other components in the province.

pour en obtenir un. Il est difficile pour une petite juridiction de concurrencer avec les plus grands centres urbains pour l'obtention de spécialistes. Malgré tout, je crois que nous progressons, et nous sommes confiants d'y parvenir.

Nous aimerions qu'un plus grand nombre de services diagnostiques soient offerts à domicile. D'ici quelques jours, nous ferons une demande de proposition (DP) en vue de l'installation d'une unité d'IRM à l'Hôpital Queen Elizabeth. Nous espérons que l'unité pourra fonctionner dès septembre prochain, mais pour cela, il faudra prendre des ressources ailleurs. Nous avons accès à des installations à Moncton, mais nous en revenons toujours à la question de la demande, et de l'endroit où nous devrions offrir le service.

Nous cherchons à améliorer nos services de soins primaires et à déterminer qui doit s'occuper de leur prestation. Plutôt que de nous contenter de traiter les gens à l'hôpital, faisons plutôt de la prévention. Faisons plutôt la promotion du mieux-être. En matière de ressources, je me demande qui est disposé à céder une partie de son budget, ou encore où puis-je trouver les fonds nécessaires pour la prévention? En tant que politicien, nous ne pouvons nous permettre d'attendre très longtemps. Si nous n'entrevoions pas de retombées après trois ou quatre ans, il devient très difficile de faire ce choix. Ce sont là certains des défis qui se posent et qui ne sont pas particuliers à notre province.

Quand il est question de services spécialisés et de soins primaires, nous envisageons la possibilité de profiter au maximum des études, des compétences et de la formation de nos prestataires de soins. Le titre du professionnel de la santé ne me préoccupe pas autant que sa capacité d'agir. Quand on cherche à intégrer davantage — et c'est ce que nous cherchons à faire dans la province — on fait souvent face à une résistance de toutes parts. Même si un médecin dit avoir toujours procédé de telle ou telle façon, il n'est pas nécessaire qu'il en soit toujours ainsi. Peut-être une infirmière pourrait-elle faire une partie du travail. De même, une infirmière n'a pas nécessairement à faire tout ce qu'elle fait. Peut-être une infirmière auxiliaire autorisée pourrait-elle faire davantage.

Un autre problème critique est le manque de financement stable. Lors de l'examen du budget et de l'utilisation des fonds par rapport à l'ensemble du budget de la province, il est très difficile d'obtenir la sympathie du Cabinet. Il en va de même quand vous dites aux membres du Cabinet qu'il vous faut plus d'argent. Pour mettre cela en perspective, disons que l'an dernier le budget de la santé et des services sociaux a connu une augmentation de 23 millions de dollars. Cinq ministères de la province ont un budget inférieur à 23 millions de dollars. En recherche, l'environnement a été le domaine de prédilection depuis quelques années. Cet élément vient régulièrement au deuxième ou au troisième rang derrière les soins de santé. Toutefois, le budget total du ministère des Pêcheries, de l'Aquaculture et de l'Environnement est inférieur à huit millions de dollars. Ainsi donc, quand je m'adresse au Cabinet lors de la préparation du budget et que je dis à mes collègues «Puis-je avoir la totalité de votre budget, qui me durera environ neuf jours», je n'obtiens pas beaucoup de sympathie. Nous devons tenir compte d'autres éléments dans la province.

We have identified the determinants of health, and it is not just health, per se — and this is not unique to P.E.I. We have all kinds of statistics on education and socio-economic standing. We have discovered, for example, that because most of our people are working in a seasonal economy, when we look at the demands on our health care system in the summertime, the demand is not as heavy as in other seasons of the year. Thus, as a province, we will be trying put more resources into that sort of statistic-gathering, long term. Let us get it into early childhood development and healthy child strategy, which we have done. We need to have more economic improvements so that we have our people working. We are moving towards more retraining so that we will have higher education levels. Again, though, we are in a constant year-to-year situation since we do not know for sure what our budget will be.

An example of that is CHST. The indication from the first ministers' meeting is that there is a stabilized CHST, and that no one will lose with CHST because it is on a per capita basis: the funding is fixed and it will be increasing. Let me tell you that our province is projected to lose almost \$3 million this year in CHST simply because our population did not increase as fast as the Canadian average. On a per capita basis, our share has gone down. Ontario's population last year increased at the expense of P.E.I. I think the figure I heard was 135,000 or 136,000 people, just immigrants, went to Ontario. I heard a statistic the other day that 80 per cent of all immigrants go to three cities in Canada within the first year of arrival. We in P.E.I. will never have a large immigration influx. We have lost physicians in the last two years who were international medical graduates; they went to Toronto or they went to other places because of "community." They had nothing against P.E.I. or the people here, or the facilities that we have. It was: "I am of an ethnic origin and there is no community, and I cannot practise my religion here with anyone else." That challenge will always be there, and as long as CHST is administered on a strictly per capita basis, we will lose.

I want to say a word or two now about the cap on equalization. This is not directly related to health care, but equalization is an important part of funding for smaller jurisdictions. It has to be part of the funding. When our equalization is capped at a certain level, that limits our growth. When the money comes in, there is no separate cheque that comes from the federal government saying, "Here is CHST" that goes directly into the health budget. It all comes into general revenue. As I said earlier, we look at all of the things that we have to do to provide services to our residents, such as economic development, education, transportation, et cetera, and equalization is one of our major sources of revenue. If equalization is capped, then we are in real trouble. Part of the \$50 million deficit that we are projecting this year is because of a decline in revenue. We know that it is no-one's fault. If the

Nous avons identifié les déterminants de la santé. Ils ne concernent pas que la santé, et ils ne sont pas particuliers à l'Île-du-Prince-Édouard. Nous disposons d'une foule de données statistiques sur l'éducation et sur la situation socioéconomique. Par exemple, étant donné que la plupart de nos travailleurs font partie d'une économie saisonnière, la demande n'est pas aussi lourde durant l'été que pendant les autres saisons de l'année. En tant que province, nous chercherons, à long terme, à injecter davantage de ressources dans ce type de collecte de données statistiques. Il faut penser au développement de la petite enfance et à une stratégie pour que les enfants demeurent en santé, démarche que nous avons entamée. Il faut des améliorations sur le plan économique afin que notre population travaille. Nous nous dirigeons vers une ère de recyclage plus intensif de sorte que les niveaux d'éducation seront plus élevés. Mais nous sommes toujours dans une situation qui varie d'une année à l'autre et nous ne savons pas vraiment ce que sera notre budget.

Il y a par exemple le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPC). La rencontre des premiers ministres nous laisse à penser que le TCSPC est stable. Personne n'y perdra parce que ce transfert est calculé par habitant. Le financement est fixe et il augmentera. Laissez-moi vous dire que notre province devrait perdre près de trois millions de dollars cette année en TCSPC simplement parce que notre croissance démographique n'a pas été aussi rapide que la moyenne canadienne. Sur une base par habitant, notre part a diminué. L'an dernier, la population de l'Ontario a connu une augmentation au détriment de celle de l'Île-du-Prince-Édouard. J'ai entendu dire que 135 000 ou 136 000 personnes, seulement des immigrants, étaient allés en Ontario. L'autre jour, j'ai entendu dire que 80 p. 100 de tous les immigrants vont vers trois villes canadiennes au cours de la première année qui suit leur arrivée au pays. Il ne viendra jamais d'autant d'immigrants à l'Île-du-Prince-Édouard. Au cours des deux dernières années, nous avons perdu des médecins qui avaient des diplômes internationaux; ils sont allés à Toronto ou ailleurs à cause de la «collectivité». Ils n'avaient rien contre l'Île-du-Prince-Édouard ni contre ses habitants, ni même contre nos installations. Ils estiment «faire partie d'une minorité ethnique pour laquelle il n'existe pas de collectivité chez nous. Ils ne peuvent pratiquer leur religion ici avec personne d'autres». La situation se posera toujours et tant que le TCSPC sera administré uniquement en fonction de la population, nous y perdrons.

Permettez-moi maintenant de parler brièvement du plafond pour la péréquation. Cela n'est pas à proprement parler directement lié aux soins de santé, mais la péréquation est une partie importante du financement pour les plus petites juridictions. Il faut que cet élément fasse partie du financement. Quand la péréquation est limitée à un niveau donné, elle limite notre croissance. Quand les fonds nous sont transférés, le gouvernement fédéral ne fournit pas un chèque supplémentaire en disant «Voici la part du TCSPC» qui doit être consacrée au budget de la santé. Tout passe dans le revenu général. Comme je l'ai dit plus tôt, nous examinons toutes les solutions pour la prestation de services à nos résidents, comme le développement économique, l'éducation, le transport, et cetera, et la péréquation est une source de revenu majeure. Tout plafond nous causera de véritables problèmes. Une

economies in Ontario, B.C. and Alberta are dropping, then equalization drops. All I am saying is that it is a challenge for us when the cap is there in equalization.

In summary — and I do want to get to some questions — there are three areas that we think are recommended, and in which we would like to see some improvements, including stable funding, and I will not say anything more about that issue. One is the effectiveness and the efficiency of the system. When we look at what we are doing to reduce costs, whether it is through automation, improved utilization of our health professionals, or whatever, we must get away from the attitude that “This is the way we are doing it because that is the way we have always done it.” When we meet with resistance, it is a real challenge for us with some of the various groups. It sometimes needs working out very carefully.

I had an opportunity to speak to one of our health professions in the last couple of weeks and they were telling me how they, as a profession, could do more on the higher end, and I said, “How much are you prepared to give up on the other end?” The response seemed to be “Well, no, we can do more on the top end.” to which my reply was “Sorry, but we cannot get more of you.”

Strictly in terms of time on training, the hardest health professional to get is a specialist, and then a family physician. Family physicians are saying, “We could be doing more of what the specialist is doing.” The RN's are saying, “We could be doing more of what the family practitioners are doing.” We need to take a hard look at our health professionals, how efficiently we are using them, and make sure we are using them to the maximum.

In terms of automation and technology, we had a pilot project going in one of our health regions on telehospice. I am not sure if you are familiar with that program, but basically it involves putting a computer monitor in people's homes. It was operated by a nurse at the Western Hospital in Alberton, and on a daily basis she could call up. They had the little camera there and she could look at the patient, take blood pressure, the pulse, and a couple of other tests in monitoring that patient's health. That worked very successfully. We are looking at trying to put that in across the province.

At the same time, though, we have asked our people to tell us how much more we could do in respect of home care by putting in this technology, and the number is 15 to 20 per cent without adding more people. If we can increase our capacity with that technology, then we are still providing health care to our residents without getting more bodies. That is one of the innovations that we are looking at, and an area that we really would like to focus on.

partie du déficit de 50 millions de dollars que nous prévoyons pour cette année est attribuable à une baisse des recettes. Nous savons que personne n'est responsable. Si l'économie en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta ralentit, les versements de péréquation diminueront. Je dis simplement que la situation devient plus difficile pour nous lorsqu'il y a un plafond pour la péréquation.

En résumé — et je veux en arriver à certaines questions — trois des secteurs qui sont recommandés devaient faire l'objet de certaines améliorations, y compris une stabilisation du financement. Je n'en dirai pas plus à ce sujet. L'une de ces questions est l'efficacité et l'efficience du système. Quand il s'agit de réduire les coûts, soit par l'automatisation, l'utilisation améliorée de nos professionnels de la santé ou d'une autre façon, il faut s'écarter de l'attitude selon laquelle «C'est la façon de faire les choses parce que c'est aussi que nous avons toujours fonctionné». La résistance au changement constitue le véritable défi face à certains groupes. Il faut parfois naviguer avec beaucoup de précaution.

Ces dernières semaines, j'ai eu l'occasion de m'adresser à des professionnels de la santé qui me disaient pouvoir faire davantage au plan professionnel. Je leur ai demandé «Ce qu'ils étaient prêts à abandonner pour en faire davantage». La réponse a semblé être «Bien, nous pouvons en faire davantage dans le domaine de pointe». Je leur ai répondu, «Désolé, mais nous ne pouvons vous donner davantage».

Pour ce qui est de la formation, les professionnels de la santé les plus difficiles à convaincre sont les spécialistes, puis les médecins de famille. Les médecins de famille nous disent «Nous pourrions faire une partie du travail que fait le spécialiste». Les infirmières nous disent «Nous pourrions faire une partie du travail des médecins de famille». En conséquence, nous devons examiner attentivement la situation de nos professionnels de la santé, déterminer leur niveau d'efficacité et s'assurer que nous utilisons leurs compétences au maximum.

Au chapitre de l'automatisation et de la technologie nous avons mené un projet pilote de téléhospice dans une de nos régions. Je ne sais pas si vous connaissez ce programme, mais il s'agit de mettre un terminal d'ordinateur au domicile des patients. Le projet a été mené par une infirmière du Western Hospital, à Alberton, qui pouvait communiquer avec les patients à tous les jours. Il y avait au domicile du patient une petite caméra qui permettait à l'infirmière de voir le patient, de prendre sa tension artérielle, son pouls, de faire quelques autres tests et d'observer l'état de santé du patient. Le résultat a été très bon, et nous cherchons à implanter cette approche ailleurs dans la province.

Nos spécialistes, à qui nous avons demandé ce que nous pouvions faire de plus pour les soins à domicile grâce à cette technologie, nous ont dit de 15 à 20 p. 100 sans ajouter de ressources humaines supplémentaires. Si nous pouvons accroître notre capacité grâce à cette technologie, nous continuerons d'offrir des soins de santé à nos résidents sans qu'il soit nécessaire d'avoir plus de personnel. C'est là une des innovations que nous examinons et sur laquelle nous pourrions concentrer nos efforts.

We had a discussion before we came in: If there was one message that we wanted to give to you as a committee, what would it be? That would be with respect to the innovation opportunities that we have taken as a province, and you will be hearing more about this a little bit later from other people who are presenting to you.

We can do things province-wide that no one else can. For example, we can do things — and I will not use the word “pilot”; instead, I will use the word “model” — that no one else is able to do simply because of our geography and all of the issues entailed in trying to get to the population. Our doctors are all on electronic billing now. We all have health numbers, which I thought was not such a big deal until I found out some other jurisdictions do not have that yet. We can link all of our facilities with video conferencing very easily, which will allow us an opportunity to have access to specialists in other provinces. Under CHIPP, the Canadian Health Infostructure Partnership Program, the Atlantic provinces joined together and put in one proposal, creating an \$80 million fund, of which we were asking for \$25 million. I think it must have scared a great many people in Ottawa. If you think that Atlantic Canada is getting 30 per cent of this pot, you are wrong. In any event, we got \$12.5 million, and I know that we had the best proposal in the country because we cooperated as four Atlantic provinces. We are putting in a PAC system right now, which is a picture archiving communications system. Thus when someone takes an x-ray in O’Leary, we will not need to get the film, find a courier, ship it off to some place where there is a radiologist and wait for the results to come back. We will be able to do it digitally, send it off to Halifax, Moncton, Charlottetown, wherever, which will allow us to have better, faster access to care without actually having people on-site.

We have a number of primary care models that we are working on. A number of physicians have come to us and said, “We think we can do things a little bit different. Are you interested?” The answer is that we sure are, and there is a fund available. Currently, Prince Edward Island’s share of the primary health care fund is \$700,000, which does not sound like a whole lot.

To put that into perspective, in early September we opened a Pap-screening clinic in this province. A doctor came to us and said, “You know, I do not need to be doing this procedure. I have a nurse who is trained and can do it but, under fee for service, the only way that I can get paid is if I physically see the patient.” That fit in nicely with our prevention and wellness strategy because 40 per cent of Island women have a regular Pap screen, and it is the one preventable cancer. We agreed to see what we could do.

Lors d’une discussion tenue avant le début de la réunion, on nous a demandé quel message nous pourrions livrer à votre comité. Nous avons mentionné les possibilités d’innovation entreprises au plan provincial. Je suis sûr que d’autres intervenants vous en parleront plus tard aujourd’hui.

Nous pouvons faire à l’échelle de la province des choses que personne d’autre ne peut faire. Par exemple, nous pouvons faire des choses — je n’utiliserai pas le mot pilote, mais plutôt le mot modèle — que personne d’autre n’est capable de faire simplement à cause de notre situation géographique et des autres problèmes pour rejoindre la population. Tous nos médecins ont maintenant adopté la facturation électronique. Nous avons tous un numéro qui se rapporte au système de santé, chose que je trouvais plutôt normal jusqu’à ce que je constate qu’il n’en est pas ainsi toutes les juridictions. Nous pouvons très facilement relier toutes nos installations grâce à la vidéoconférence, qui nous permet d’accéder aux spécialistes des autres provinces. En vertu du Programme des partenariats pour l’infrastructure canadienne de la santé (PPICS), les provinces atlantiques se sont regroupées et ont présenté une proposition, pour la création d’un fonds de 80 millions de dollars, dont une part de 25 millions de dollars nous serait réservée. Selon moi, l’idée a fait peur à beaucoup de monde à Ottawa. Si vous êtes sous l’impression que le Canada atlantique touche 30 p. 100 de ce fonds, vous avez tort. Nous avons obtenu 12,5 millions de dollars et je sais que notre proposition était la meilleure parce que les quatre provinces de l’Atlantique ont travaillé ensemble. Actuellement, nous sommes à mettre au point un système d’archivage et de transmission d’image (PACS). Pour une radiographie prise à O’Leary il ne sera pas nécessaire d’acheminer le film par courrier là où un radiologiste pourra l’examiner et attendre que les résultats reviennent. Nous serons en mesure de le transmettre directement à Halifax, à Moncton, à Charlottetown ou ailleurs, ce qui nous permettra d’avoir accès plus rapidement à des soins sans avoir de ressources sur place.

Nous travaillons également à l’élaboration de certains modèles de soins primaires. Des médecins nous ont dit «Nous pensons être en mesure de travailler un peu différemment. Êtes-vous intéressé?» Nous leur avons répondu que nous l’étions assurément et qu’il y avait des fonds disponibles à cette fin. La part actuelle du fonds pour les soins de santé de l’Île-du-Prince-Édouard est de 700 000 \$, ce qui n’est pas considérable.

Pour mettre les choses en perspective, disons que nous avons ouvert au début de septembre une clinique pour faire des tests de Papanicolaou. Un médecin nous a dit «Vous savez, je n’ai pas à faire ce test. Je travaille avec une infirmière qui a la formation pour le faire mais, selon la formule de rémunération à l’acte, je dois voir le patient afin d’être rémunéré». Cela s’insérerait parfaitement bien dans notre stratégie de prévention et de mieux-être, parce que 40 p. 100 des femmes de l’Île-du-Prince-Édouard subissent régulièrement ce test qui permet de prévenir ce type de cancer. Nous avons convenu d’examiner la situation.

Our target in the first year was to have 1,000 patients go through that clinic. In the first three weeks, we had 182. At that rate, we will have about 3,000 go through in the first year. We had carloads coming from West Prince: we had three generations coming from eastern P.E.I. to this clinic. That will take about 10 per cent of our primary care fund for this one little project, and we have made representations to Minister Rock and his deputy, and officials at Health Canada, along with our counterparts and the three territories, to look at a minimum threshold for funding for provinces and territories on federal programs.

What we have asked for under the federal program, the primary health care redesign fund, is that everyone be given \$2 million as a base, and of the primary health care fund I think 70 per cent of that goes to each province on a per capita basis. I am not asking to take away some of Ontario's per capita, but of the 30 per cent that is left, can we be topped up out of that? It does not give us a whole lot of flexibility and we are working on that one. If you have an opportunity to speak to anyone at Health Canada, we will take any plugs we can get.

Just to finish off on the innovation issue, we did an assessment of our acute care beds a couple of years ago and found that 73 per cent of the people in those beds should not have been there. They needed to be someplace else. They needed an intervention, long-term care, palliative care, or home care. For us, we need transition money. We need to set up the parallel system so that with home care, for example, we can have the capacity in place to deliver more home care before we take it away from the hospital. You just cannot turn the switch and say, "Okay, today we will put those resources there."

You will hear later on about a pilot project that we did with two of our regions in relation to palliative care. Eighty-three per cent of the people on those programs wanted to die at home, and seven per cent were able to. We have a plan of how we let the money follow the patient, but again, it lies with the availability of those transition dollars.

That is the one point: In terms of innovation, we can be the model across the country, but we cannot do it on a per capita basis. In other words, we cannot get the money as a share of CHST. We have to have transition dollars in block amounts. I do not care if someone says to me, "Here is the cheque and its use has to be very specific to this area." Fine, but it is very difficult to get that cheque.

The Deputy Chairman: Mr. Minister, you mentioned housing and the whole socio-economic condition which contributes to proper health care, and it is an issue that we have heard in various parts of the country. The federal government got out of the whole housing field a few years ago. When you talk about housing, do you figure that into the whole package when you are allocating

La première année, l'objectif de la clinique était de recevoir 1 000 patients. Au cours des trois premières semaines, nous en avons reçu 182. À ce rythme, quelque 3 000 personnes pourraient être vues la première année. Les gens de West Prince venaient en grand nombre: nous avions trois générations de personnes de l'Île-du-Prince-Édouard qui venaient à cette clinique. Ce petit projet utilisera environ 10 p. 100 de notre budget de soins primaires et nous avons fait des représentations au ministre Rock et à son sous-ministre, de même qu'aux fonctionnaires de Santé Canada en collaboration avec des homologues et des représentants des trois territoires, afin d'établir un seuil minimum de financement pour les programmes fédéraux dans les provinces et les territoires.

Nous avons demandé que tous les intervenants obtiennent un financement de base de deux millions de dollars dans le cadre du fonds de réaménagement des soins de santé primaires. Je crois que 70 p. 100 des fonds pour les soins primaires sont versés aux provinces sur la base de la population. Je ne demande pas une partie des fonds qui sont versés à l'Ontario, mais bien une partie des 30 p. 100 qui restent. Cela ne nous donne pas une très grande souplesse mais nous y travaillons. Si vous avez l'occasion de parler à quelqu'un du ministère de la Santé, nous profiterons de toutes les ouvertures qui se présenteront.

Pour terminer en ce qui concerne la question de l'innovation, je vous dirai que nous avons fait une évaluation du nombre de lits consacrés aux soins actifs il y a quelques années et constaté que 73 p. 100 des patients qui occupaient ces lits n'auraient pas dû les occuper. Ils auraient dû être ailleurs. Ils auraient dû faire l'objet d'une intervention à plus long terme, bénéficier de soins palliatifs ou de soins à domicile. Par conséquent, nous avons besoin de fonds pour assurer cette transition. Nous devons élaborer un système parallèle afin d'offrir davantage de soins à domicile avant même de penser à priver les hôpitaux de ces fonds. Vous ne pouvez pas simplement fermer le robinet et dire «D'accord, aujourd'hui, nous affecterons les ressources à tel autre endroit».

Plus tard, vous entendrez parler d'un projet pilote mené avec deux de nos régions relativement aux soins palliatifs. Quatre-vingt-trois pour cent des personnes qui participent à ce programme voulaient mourir à domicile et 7 p. 100 ont pu réaliser ce souhait. Nous avons un plan qui nous permettrait d'aider financièrement les patients, mais tout dépend de la disponibilité de fonds pour la transition.

Au plan de l'innovation, nous pouvons être le modèle à l'échelle du pays, mais nous ne pouvons y parvenir si le financement est établi uniquement en fonction du nombre d'habitants. En d'autres mots, nous ne pouvons obtenir ces fonds dans le cadre du TCSPS. Il faut prévoir un financement pour la transition. Peu importe que quelqu'un me dise «Voici un chèque, et que le montant soit utilisé dans tel domaine». C'est très bien, mais il est très difficile d'obtenir ce chèque.

La vice-présidente: Monsieur le ministre, vous avez parlé du logement et de la condition socioéconomique qui contribuent à un bon état de santé, et c'est là une question dont nous avons entendu parler dans diverses régions du pays. Le gouvernement fédéral s'est retiré du secteur du logement il y a quelques années. Quand vous parlez de logement, en tenez-vous compte dans l'ensemble

funds for different areas? What do you do in Prince Edward Island?

Mr. Ballem: Housing is part of our department, and it has received the short end of the stick. We look at issues of where does the money go and where are our priorities, and we do not put as much money into housing as we would like to. With the federal program that has just been announced on homelessness, where there is an equal contribution of federal and provincial funds into the construction or renovation of new social housing programs, that initially was dollar for dollar. Prince Edward Island's share was \$700,000. That seems to be our magic number. Now, they are looking at what else you are doing, and that is difficult. We have citizens — seniors especially — who want to stay in their own homes, but in a number of cases, it is an empty nest; it is bigger than they need, and it now needs some repairs. Should we be saying to these seniors, "Stay in that physical building," or should we be trying to provide them with an alternative home that makes more sense for them? I do not have an answer to that question yet. We are working on it. We do not have as many as we would like in either area. Under the CMHC RHAP program, there is a three-year waiting list in this province to have repairs.

The Deputy Chairman: We have had witnesses from around the country really urging the federal government to get back into a special envelope in the whole public housing and low rental housing areas.

You are the Minister of Health and I realize that you do attend these ministerial meetings across the country. There seems to be a lack of knowledge among the general Canadian public, even to the degree that some people think our health care system is "free." In this age of technology, I am curious as to why systems cannot be developed whereby we can get itemized statements on our health care costs. We get them from American Express and from our gas providers and whatever. In terms of accountability, it would be better if the public actually understood what it was costing when they access the health care system. If I were to go to the doctor in Ontario, where I am from, for an ingrown toenail, how do I know that it says on my records that they have not amputated my foot or something? I have often wondered why there is not some form of accountability. I just have a sense that if people understood what they, personally, are costing the system that somehow or other there would be a little more care in how they access the system. I wonder why we seem to have such difficulty, especially now when people assume that, with technology, so many things are able to be catalogued.

Mr. Ballem: To begin with, I cannot speak for sure on other areas, but if health is not at the bottom in terms of utilizing technology, then we are very close to it. Yes, we have all kinds of diagnostic equipment but in terms of case management or client registry types of information, we are away behind. When I said that P.E.I. has all of our physicians doing electronic billing, which is pretty simple you would think, other jurisdictions, very few if

de la problématique lorsque vous allouez des fonds pour divers secteurs? Que faites-vous à l'Île-du-Prince-Édouard?

M. Ballem: Le logement relève de notre ministère et n'a pas été avantagé. Nous nous demandons à quoi a servi l'argent et quelles sont nos priorités, et nous en arrivons à la conclusion que nous n'investissons pas suffisamment pour le logement. Le programme fédéral qui vient tout juste d'être annoncé relativement aux sans-abri devait verser des contributions égales à la contribution provinciale pour la construction ou la rénovation de logements sociaux. La part de l'Île-du-Prince-Édouard était de 700 000 \$. Cela semble être le nombre magique pour nous. Présentement, les responsables cherchent à savoir ce que nous faisons d'autre, et cela nous pose problème. Nos citoyens — plus particulièrement les aînés — veulent rester chez eux, mais dans un certain nombre de cas, il s'agit de personnes seules, dont le logement est devenu trop grand et qui exige des réparations. Devrions-nous dire à ces aînés «Restez dans cet immeuble» ou devrions-nous plutôt chercher à leur offrir une solution de rechange qui leur convient davantage? Je n'ai toujours pas de réponse à cette question, mais nous y travaillons. Peu importe le domaine, les fonds ne suffisent pas. Le programme d'établissement du prix des logements locatifs de la SCHL compte une liste d'attente de trois ans pour des réparations, uniquement pour notre province.

La vice-présidente: Nous avons entendu partout au pays des témoins qui prient le gouvernement fédéral de revenir au concept d'enveloppe spéciale pour le logement public et les logements à faible coût.

Vous êtes le ministre de la Santé et je suis consciente que vous participez à des rencontres ministérielles qui se tiennent un peu partout au pays. Le public canadien semble être mal informé au point où certaines personnes pensent que notre système de santé est «gratuit». En cette ère de la technologie, je me demande pourquoi on ne peut concevoir un système qui permettrait de leur fournir un état détaillé du coût des soins de santé. Nous obtenons de tels chiffres d'American Express et de notre fournisseur de gaz et ainsi de suite. Pour ce qui est de la responsabilisation, il serait préférable que le public comprenne ce qu'il en coûte pour accéder au système de santé. Quand je consulte un médecin de l'Ontario, où j'habite, pour un ongle incarné, comment puis-je savoir que mon dossier indique que l'on ne m'a pas amputé d'un pied ou quelque chose d'autre? Je me suis souvent demandée pourquoi il n'y a pas une forme d'obligation de rendre des comptes. J'ai comme l'impression que si les gens comprenaient ce qu'il en coûte d'utiliser le système ils seraient un peu plus prudents dans leur utilisation. Je me demande pourquoi nous avons une telle difficulté, surtout que les gens s'imaginent que grâce à la technologie, il est possible de tenir compte d'une foule d'éléments.

M. Ballem: D'abord, je ne puis me prononcer concernant d'autres domaines. Si le secteur de la santé n'est pas le dernier à utiliser la technologie, il n'en est pas loin. Oui, nous disposons d'une foule d'appareils de diagnostic mais pour ce qui est de la gestion ou de la tenue de registres sur le client, nous accusons un retard considérable. Je vous ai dit que tous les médecins de l'Île-du-Prince-Édouard font de la facturation électronique, un

any, can say that they have that. Yes, they have a lot that have electronic billing but some are still manual. Go into your doctor's office and look at the files that are there. We have a couple of physicians who have come to us with proposals, that they want to have a paperless office, and it can be done but it goes back to the priorities of where we spend the dollars and cents. I saw some research not long ago that showed that, when asked if the P.E.I. government is spending enough money on health and social services, 66 per cent of the group questioned said no. When they were told that 42 cents of every dollar goes to health and social services, that number dropped to below 35 per cent when people knew. We do perform audits. We used to send out a questionnaire to people: Did you visit the doctor on this time and what was the visit for? We used to get calls back from people saying that it was none of our business what they saw their doctor about. You have the people thinking that you are invading their privacy. However, I agree, if people realized what everything cost, I think that it would have an impact.

Senator Callbeck: Mr. Minister, you certainly have laid out a lot of critical issues facing the province in the whole area of health, and I guess most provinces face those. I want to commend you for the new initiatives that you have talked about. I think they are great, and that clinic in Cornwall is certainly a benefit. I agree with what you said about Prince Edward Island being an excellent place to try out new methods or pilot projects, or whatever.

I want to get to the funding issue, but before I do I just have a few questions that I want to ask, and one is on prevention. Because of our limited resources in a province such as Prince Edward Island, have we been able to find more dollars in the last two years to go into prevention?

Mr. Ballem: The short answer is no. In one of our sessions that we had in consultation across the province, one comment was that it was very difficult to make an investment in your RRSP when you do not have enough money to buy groceries, and that is sort of where we are now. We know that that is the investment that is needed. We know that if people were more active, and did a little more work with healthy eating, that it would save us huge amounts of money down the road. In our province, and you may have heard this statistic already today, we are diagnosing two cases a day of Type 2 Diabetes, and that is directly related to activity levels and diet. We know our doctors would love to be able to spend more time with individual patients, so instead of just giving them a prescription, they should be telling them that they can do other things. However, our system does not really allow for that, and it is a challenge for us to try to implement programs that are preventive in nature because it will take some resources to do it. Go out on the street and ask people if they know they should

système assez simple me direz-vous, mais je puis ajouter que peu d'autres juridictions ont adopté cette approche. Oui, il y a plusieurs médecins qui font de la facturation électronique, mais dans de nombreux autres cas, cette facturation est toujours manuelle. Allez chez votre médecin et regardez les dossiers qui s'y trouvent. Quelques médecins nous ont fait des propositions parce qu'ils souhaitent avoir un bureau où il y aurait moins de papier. Nous leur avons dit que cela était possible et que tout est question de priorité pour l'utilisation des fonds. Il y a peu de temps, j'ai consulté des travaux de recherche qui montraient que 66 p. 100 des citoyens estiment que le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard ne consacre pas suffisamment d'argent à la santé et aux services sociaux. Quand on a dit à ces personnes que 42c. de chaque dollar étaient consacrés à la santé et aux services sociaux, seules 35 p. 100 ont dit le savoir. Nous faisons des vérifications. Nous avons l'habitude d'envoyer un questionnaire aux gens pour leur demander notamment: «Avez-vous consulté un médecin et pour quel motif?» Les gens nous appelaient pour nous dire que nous n'avions pas à savoir pour quelle raison ils avaient consulté leur médecin. Les gens pensent que vous voulez envahir leur vie privée. Toutefois, je crois qu'il serait très utile que la population sache ce que coûtent les soins de santé et que cela pourrait apporter des changements.

Le sénateur Callbeck: Monsieur le ministre, vous avez su aborder une foule de questions essentielles qui se posent dans la province en matière de santé, et j'imagine que la plupart des provinces vivent la même situation. Je tiens à vous féliciter pour les nouvelles initiatives que notre province a entreprises. Je crois qu'elles sont excellentes et que cette clinique à Cornwall représente un avantage. Je suis d'accord avec vous quand vous dites que Île-du-Prince-Édouard est un excellent endroit pour la mise à l'essai de nouvelles méthodes ou de projets pilotes et ainsi de suite.

Je veux en venir à la question du financement, mais avant d'y arriver, j'ai quelques questions à poser, notamment sur la prévention. Étant donné les ressources limitées dans une province comme celle de l'Île-du-Prince-Édouard, avons-nous été en mesure au cours des deux dernières années de trouver davantage d'argent pour la prévention?

M. Ballem: La réponse brève est non. Lors d'une séance de consultation tenue dans la province, quelqu'un a dit qu'il est très difficile d'investir dans un REER quand il n'y a pas suffisamment d'argent pour faire l'épicerie. En gros, les gens en sont là. Nous savons que cet investissement est nécessaire. Nous savons que si les gens étaient plus actifs et qu'ils avaient une alimentation plus saine, nous économiserions des sommes considérables en bout de ligne. Vous avez sûrement entendu dire aujourd'hui que les médecins de la province diagnostiquent deux cas de diabète non insulino-dépendant par jour et que cela est directement lié au niveau d'activité et au régime alimentaire. Nous savons que nos médecins aimeraient consacrer plus de temps à leurs patients et qu'au lieu de leur rédiger une ordonnance, ils devraient leur dire qu'ils peuvent faire autre chose. Toutefois, notre système ne le permet pas vraiment et il est difficile pour nous de mettre en oeuvre des programmes à caractère préventif parce qu'il faudrait les ressources pour le faire. Allez demander aux gens s'ils savent

eat healthy or be more active, and everybody does know, but the question is: how do we actually convince people to be part of that?

Senator Callbeck: That really amazes me, that we have the lowest rates of physical activity. We are right at the bottom for all of Canada, are we?

Mr. Ballem: I do not have any statistical information, but I would challenge that number, and I know from people who have been surveyed that farmers or fishermen, for example, have been asked, "Here is what we describe as physical activity. How many hours did you participate in physical activity last week?", and the answer was none, in their leisure time. In my opinion, it is the questions that are the problem. I know on one survey, because I had this one beaten on me by a person responsible for the provincial side of it, that it had a sample size of three. I question it, but I do not have any other data to back it up.

Senator Callbeck: No, I would question that, too. When you talk about the integration of the system here, my understanding is that we are the only province in Canada that has an integrated system like this.

Mr. Ballem: The territories do, though not completely, but the Northwest Territories and the Yukon do. When you take into account that we have health, social services, housing, seniors, the disabled and Social Union Framework Agreement — or SUFA — all under our jurisdiction, it is very seldom that I see the same ministers at national meetings.

Senator Callbeck: Turning now to the funding issue, and certainly, as you illustrate in your brief, it is much harder for a smaller province. We heard this in Nova Scotia yesterday, as well. When you think that, in five years' time, the health budget may be 50 per cent of the total provincial budget, you just wonder how we will be able to stay in the system. In Nova Scotia, they were also talking about their percentage of GDP as compared to how much they spent. We are the second highest in the country, and in terms of what we spend as a percentage of our GDP, in terms of actual dollars, we are second from the bottom.

Yesterday, we had witnesses that talked about the CHST funding formula and they feel it is very unfair, that it should not just be per capita; that there should be other things considered such as the percentage of senior citizens in the province, whether you have very high cancer rates, and so on. In other words, the need should be looked at. What are your thoughts on this formula?

Mr. Ballem: I guess my first reaction to that would be, how complicated do we make the system? Do we complicate it to the point that there is no understanding it, and every year, you are back fighting because you are trying to show that this statistic is higher or lower than something else. One of the things that we would like to see, I think, from my personal perspective, I would like to know what my budget is going to be in five years' time. I

qu'ils devraient avoir une alimentation plus saine ou qu'ils devraient faire plus d'exercice, et tous vous répondront qu'ils le savent mais la question est la suivante: comment peut-on convaincre les gens de s'engager sur cette voie?

Le sénateur Callbeck: Je n'en reviens pas de savoir que nous avons le plus faible taux d'activité physique. Nous sommes vraiment au bas de la liste pour l'ensemble du Canada, n'est-ce pas?

M. Ballem: Je n'ai pas de données statistiques sur le sujet, mais je contesterais cette information. Parmi les gens qui ont été sondés, on a demandé à des agriculteurs ou à des pêcheurs «Voici ce que nous considérons comme de l'activité physique. Combien d'heures avez-vous consacrées à des activités physiques la semaine dernière?» Ils ont répondu n'avoir rien fait durant leurs heures de loisirs. À mon avis, c'est la question qui pose problème. Je suis au courant d'un cas parce qu'un responsable provincial m'en a parlé et qu'il disposait d'un échantillon de trois personnes. Je remets donc les résultats en question, mais je n'ai pas d'autres données pour me justifier.

Le sénateur Callbeck: Non, je les remettrais en question moi aussi. Quand vous parlez d'intégration du système, j'ai l'impression que nous sommes la seule province au Canada à disposer d'un système semblable.

M. Ballem: Les territoires en ont un, mais il n'est pas complètement intégré. Les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon disposent d'un tel système. En tenant compte du fait que la santé, les services sociaux, le logement, les personnes âgées, les personnes handicapées et l'Entente-cadre sur l'union sociale — ou ECUS — sont sous notre juridiction, il est très rare que je voie les mêmes ministres aux réunions nationales.

Le sénateur Callbeck: Passons maintenant à la question du financement. Vous savez sans doute, comme il est indiqué dans votre mémoire, que la situation est beaucoup plus difficile pour les plus petites provinces. Nous avons entendu dire la même chose en Nouvelle-Écosse hier. Sachant que dans cinq ans peut-être le budget pour la santé pourrait atteindre 50 p. 100 du budget provincial total, on se demande comment faire pour continuer d'adhérer au régime. Les représentants de la Nouvelle-Écosse parlaient aussi de la proportion du PIB comparativement à leurs dépenses. Nous venons au deuxième rang au Canada pour ce qui est de la proportion de notre PIB consacrée aux dépenses. Pour ce qui est du montant réel, nous sommes à l'avant-dernier rang.

Hier, des témoins nous ont parlé de la formule de financement du TCSPS et nous ont dit qu'elle était très inéquitable, qu'elle ne devrait pas être fonction du nombre d'habitants, qu'il devrait y avoir d'autres éléments à considérer comme le pourcentage des personnes âgées dans la province, le taux de cancer, et cetera. En d'autres mots, il faudrait tenir compte des besoins.

M. Ballem: Ma première réaction serait la suivante: quel degré de complexité faut-il donner au système? Faut-il le compliquer au point qu'il est impossible de le comprendre et que chaque année, il faille se battre pour chercher à démontrer que telles données statistiques sont plus élevées ou plus faibles que d'autres. Personnellement, j'aimerais savoir quel sera mon budget dans cinq ans. Je sais que c'est presque impossible à faire, mais

know that is next to impossible to do, but I would like to have some stabilized funding. Our percentage of seniors to the population at large is one of the highest in the country, and it will get higher as Islanders who have moved away are retiring home.

I am not sure that I would like to see a system that is based on getting a little bit more because of having a higher senior population. We are trying to decide the priorities within our province, and if we get down to those levels then the federal government could get into how we run our health system in this province: what the priority issues are for Prince Edward Island versus the population or the priorities for someone in Ontario or in Alberta, because they are different.

Since 1990-91, the federal contribution as a percent of health dollars that we get towards health care expenditures went from 22 to 23 per cent in 1991 down to less than 14 per cent right now. Our health expenditures at that same time just went in the exact opposite direction: It went up from \$170 million to almost \$290 million, a 130 per cent increase. I think. They are just not keeping pace, and it is frustrating.

Senator Callbeck: In other words, you are satisfied with the CHST, not in terms of the number of dollars you are allotted but with the fact that you do not want to see that formula get any more complicated?

Mr. Ballem: I think from our perspective with respect to the funding issue, in terms of long term, sustainable, stable funding, that cannot come from CHST. It has to come from equalization, and I am sure you have heard this before from representatives from our province. Because there are so many other factors in the determinants of health, with CHST, the implication is that that is all going to health. In fact, some of it goes to social services and some goes to education. It is easier for us in some ways because we are integrated. What do we do when we are trying to rearrange the shelves, where do we put our money? I think equalization allows us to operate as a province and provide health care. It is the number one priority in every jurisdiction in the country, and it will remain that way as long as the residents feel that is the case. We will be putting the money there anyway. CHST is too restrictive, and I think the cap on equalization really hurts us as a province in general.

Senator Callbeck: If, for an equalization formula, we used the ten provinces rather than the five, do you know how much, roughly, that would mean to us?

Mr. Bill Harper, Assistant Deputy Minister, Department of Health and Social Services, P.E.I.: I do not know how much those numbers would be. I do not do a lot of the work on equalization. I know it is fairly significant in that what happens now is that some provinces are excluded, such as Alberta, and so the whole tax base that is available in the jurisdiction of Alberta is excluded from the calculations.

The other item that impacts on us also is that there is a cap on how fast equalization can grow, and that also impacts on how much we are able to receive. About ten years ago, the amount of

j'aimerais qu'il y ait une certaine stabilisation du financement. La proportion de nos personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population est l'une des plus élevées au pays et elle continuera de s'accroître parce que les Prince-Édouardiens qui avaient quitté la province reviennent pour y prendre leur retraite.

Je ne suis pas sûr que j'aimerais un système qui nous accorderait davantage de financement uniquement parce que notre population de personnes âgées est plus élevée. Nous cherchons à déterminer les priorités au sein de la province et si nous en arrivons à ce niveau, le gouvernement fédéral pourrait être tenté de nous dire comment administrer le système de santé de la province, ce que sont les priorités pour Île-du-Prince-Édouard par rapport à la population ou les priorités par rapport à l'Ontario ou à l'Alberta, parce qu'elles diffèrent.

Depuis 1990-1991, la proportion de la contribution fédérale consacrée aux dépenses de santé est passée de 22 à 23 p. 100, à moins de 14 p. 100 actuellement. Pendant cette période, nos dépenses pour la santé ont connu une progression totalement différente: elles sont passées de 170 millions de dollars à près de 290 millions de dollars, soit une augmentation de 130 p. 100. La contribution fédérale ne suit pas la tendance, et cela est très frustrant.

Le sénateur Callbeck: En d'autres mots, vous êtes satisfait du TCSPS, non pas pour les montants qui vous sont alloués, mais parce que vous ne souhaitez pas que la formule devienne plus complexe?

M. Ballem: Selon nous, la question du financement à long terme et viable ne peut provenir de la formule du TCSPS. Il faut que le financement vienne de la péréquation et je suis sûr que les représentants de notre province vous en ont parlé. Comme il y a beaucoup d'autres facteurs en matière de santé, il est facile de supposer que tout est consacré à la santé. De fait, une partie de ce financement est consacrée aux services sociaux et une autre partie à l'éducation. Pour nous, cela est plus facile parce qu'il y a intégration. Que faisons-nous quand nous cherchons à réaménager les étagères, où mettons-nous notre argent? Selon moi, la péréquation nous permet de fonctionner comme une province et d'offrir des soins de santé. C'est la priorité principale de toutes les juridictions du pays et elle le restera tant et aussi longtemps que les résidents penseront de cette façon. De toute façon, nous y consacrerons de l'argent. Le TCSPS est trop restrictif, et le plafond en matière de péréquation nous nuit en tant que province.

Le sénateur Callbeck: Si nous utilisions les dix provinces plutôt que les cinq provinces pour la formule de péréquation, savez-vous à peu près combien cela représenterait pour nous?

M. Bill Harper, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Je ne sais pas quels seraient les chiffres. Je ne m'occupe pas beaucoup de péréquation. Je sais que les chiffres sont assez élevés parce que, actuellement, certaines provinces comme l'Alberta sont exclues et que l'assiette fiscale de l'Alberta est exclue des calculs.

L'autre élément qui a des répercussions pour nous est le plafond sur le rythme de croissance de la péréquation, qui a des conséquences importantes sur ce que nous pouvons recevoir. Il y a

dollars that we received from the federal government, the amount of the revenue that we received, was about 46 per cent. Today, it is about 40 per cent, or just slightly under 40 per cent. At the same time, we have experienced about a 5 to 6 per cent annual growth in health care. Our economic base is that our GDP represents about 70 per cent of the national average, so what has happened essentially is, in order to be able to finance health care, that has really restricted the other areas.

In the long term, we are at 42 per cent now for the whole package, including social services, but how far can you go when you still have to support major issues such as education, which takes about one quarter of the expenditure. There is not much left for everything else, which really also has an impact on how healthy the population is.

Mr. Ballem: I was just given a number here. When we talk about stable funding, and again, realizing how economies play into it in different provinces, our equalization could go up or down by \$20 million or \$30 million in the middle of a fiscal year, just because of changing conditions. Right now, of our \$50 million that we are projecting for a deficit in this province, in excess of \$30 million of that is a change in revenue. Yes, we are overspending, and we are addressing that side of it, but when you talk about stable funding and you say, "Well, by October — oh, by the way, those projections you had, they are not valid any more," and now you are talking about having \$25 million less in equalization. It happens the other way, too. In the last couple of years, equalization has been higher than we anticipated, and in some cases I think it may be easier to manage when there is less money. People do not expect quite as much.

Senator Callbeck: No, I know all about that, about finding out your income is going down by \$25 million. That is a figure that I would be really interested in having. If the ten provinces were used in the standard rather than five, where would that put Prince Edward Island? I do not mean today, but I would appreciate receiving that information.

Mr. Harper: The people who handle equalization have that number, and I have discussed it with them, but I just cannot tell you the exact number today. It would be a significant increase for us if the average of all provinces was used.

Senator Callbeck: Of course, if the cap came off, it would be much better still.

Mr. Harper: It has another impact, too, yes.

The Deputy Chairman: It is hard to believe that when they are doing the calculations, Alberta does not factor into it, and that Alberta is not one of the provinces. I would be interested in seeing that as well, based on the ten provinces.

Mr. Ballem: We will get that information for you.

The Deputy Chairman: Mr. Minister, you were talking about minimum thresholds, primary health care, transition dollars, and I think you said you would accept targeted federal funds. Was that

10 ans environ, le montant que nous recevions du gouvernement fédéral était d'environ 46 p. 100. Aujourd'hui, nous en sommes à environ 40 p. 100 ou peut-être même un peu moins. Pendant tout ce temps, nous avons connu un taux de croissance annuel de 5 à 6 p. 100 pour les soins de santé. À la base, notre PIB représente environ 70 p. 100 de la moyenne nationale de sorte que pour être en mesure de financer les soins de santé, nous avons dû couper ailleurs.

À long terme, nous en sommes à 42 p. 100 de l'ensemble du programme, y compris les services sociaux, mais il faut se demander jusqu'où il est possible d'aller quand vous devez en même temps soutenir des questions majeures comme l'éducation, qui absorbe près du quart des dépenses. Il ne reste donc pas grand-chose pour tout le reste, ce qui a des conséquences sur l'état de santé de la population.

M. Ballem: On me communique un chiffre à l'instant. Quand il est question de la stabilité du financement et compte tenu de la façon dont interviennent les économies des diverses provinces, notre péréquation pourrait varier entre 20 et 30 millions de dollars au milieu d'un exercice, uniquement à cause de la fluctuation des conditions existantes. Présentement, sur le déficit de 50 millions de dollars qui est prévu pour la province, plus de 30 millions de dollars sont attribuables à une variation des recettes. Oui, nous dépensons trop et nous aborderons cet aspect, mais quand vous parlez de stabilité du financement, vous dites «Bien, d'ici octobre — soit-dit en passant les projections que vous avez en main ne sont plus valides», et vous parlez ensuite de recevoir 25 millions de dollars de moins en paiement de péréquation. Les choses peuvent être différentes aussi. Ces dernières années, les versements de péréquation ont été supérieurs à ce que nous avions prévu et, dans certains cas, je crois qu'il est plus facile de faire une bonne gestion lorsqu'il y a moins d'argent. Les gens ne s'attendent pas à autant d'argent.

Le sénateur Callbeck: Non, je sais, je sais ce que c'est que de constater que votre revenu diminuera de 25 millions de dollars. C'est un chiffre que je voudrais bien connaître. Si on utilisait les 10 provinces dans la norme plutôt que cinq, où cela situerait-il l'Île-du-Prince-Édouard? Je ne parle pas nécessairement d'aujourd'hui, mais j'apprécierai de recevoir le renseignement.

M. Harper: Les personnes qui sont en charge de la péréquation ont ces chiffres et je leur en ai parlé, mais je ne puis vous fournir le nombre exact aujourd'hui. Pour nous, l'utilisation de la moyenne de toutes les provinces représenterait une augmentation importante.

Le sénateur Callbeck: Bien sûr, s'il n'y a plus de plafond, les résultats seraient encore meilleurs.

M. Harper: Oui, il y a d'autres répercussions.

La vice-présidente: J'ai du mal à croire que l'Alberta n'en tient pas compte dans ses calculs et que l'Alberta ne soit pas une de ces provinces. J'aimerais également connaître les résultats si le calcul se faisait sur la base des 10 provinces.

M. Ballem: Nous vous fournirons ce renseignement.

La vice-présidente: Monsieur le ministre, vous parliez d'un seuil minimum pour les soins primaires, de fonds de transition et je crois que vous avez dit que vous accepteriez des fonds fédéraux

only in regard to transition funds or would you accept conditions on a wider range of federal funding?

Mr. Ballem: I would like to see it on specific programs. I am not a hundred per cent sure, and I will probably live to regret saying this, but I am not a hundred per cent sure that we need more money in our budget right now. If we were able to reallocate our resources better, our human resources, our financial resources, make maximum use of our facilities, then I think that we can provide a pretty good health and social services system in this province for \$350 million. What we are struggling with is that it is cheaper to have someone receive home care than it is to have them in an acute care hospital only if that hospital bed is closed. You just cannot leave it empty, because if you leave it empty, all that we are saving is the meals and the laundry. Thus, if we are staffing that bed, we might as well have it utilized.

However, we cannot, as I said earlier, just turn the switch and announce that we are now going to do this. We need transition dollars. Let us set up a parallel system and build the capacity in home care that will allow people to be treated there instead of in the hospital, and as we move along that case, then we do not need the acute care beds. Palliative care is another area.

Right now, the majority of people in palliation will die in hospital because that is where their pain medication is paid for, that is where the doctor is, that is where the nurses are at, and that is where the bed is. When we have a proposal such as the one that we are looking at, of having the money follow the patient, that will take some dollars in transition to show that this works, so that we have less demand on this side of the system.

When I talk about transition dollars, innovation and targeted funding, and your question was if I thought that I would get it, and I have met with Senator Carstairs and I have met with Minister Rock, and we have talked about the national primary health care, the redesign fund, and we have been telling them what we can do. For example, palliative care probably needs \$2 million to start it up because we would need some technology, and then start at \$1.5 million a year and decline over four years until we think we would be in a position that it would be self-sustaining, based on reallocating resources within our system. In the scheme of things, all we are asking for the palliative care project over four years would be \$8 million or \$9 million. That is not a whole lot, but there is a tendency to equate what you get on any program on a per capita basis. There are only 139,000 people in P.E.I.; the feds are hardly going to give us \$8 million. That, again, is a challenge that we have.

On the other hand, if we did the palliative program, and did it province-wide, which no one else can do as quickly, as effectively and as efficiently as we can, we might come up with a model that

à des fins particulières. Cela concerne-t-il les fonds de transition ou accepteriez-vous les conditions applicables à une gamme plus étendue de fonds fédéraux?

M. Ballem: J'aimerais que cela s'applique à des programmes particuliers. Je ne suis pas sûr à 100 p. 100, et je regretterai peut-être de l'avoir dit, mais je ne suis pas tout à fait sûr que nous ayons besoin de plus d'argent dans notre budget pour le moment. Si nous pouvions mieux réaffecter nos ressources, nos ressources humaines, nos ressources financières et utiliser au maximum nos installations, nous serions certes capables d'offrir un assez bon système de soins de santé et de services sociaux provincial avec 350 millions de dollars. Notre problème est qu'il est moins coûteux pour quelqu'un de recevoir des soins à domicile qu'il ne l'est de les recevoir dans un hôpital pour soins actifs uniquement si le lit d'hôpital est fermé. Vous ne pouvez tout simplement le laisser vide parce que s'il n'est pas occupé, nous n'épargnons que sur les repas et sur les services de buanderie. Par conséquent, si le personnel est en place pour ce lit, mieux vaut l'utiliser.

Toutefois, nous ne pouvons, comme je l'ai dit plus tôt, tourner le bouton et annoncer que nous ferons telle chose. Nous avons besoin de fonds de transition. Établissons un système parallèle et développons la capacité d'offrir des soins à domicile qui permettront aux gens d'être traités chez eux plutôt qu'à l'hôpital. Au fur et à mesure du développement de ce système, nous aurons moins besoin de lits pour les soins actifs. Les soins palliatifs sont un autre aspect du problème.

Présentement, la majorité des personnes qui reçoivent des soins palliatifs mourront à l'hôpital parce que c'est à cet endroit que sont payés les analgésiques, c'est l'endroit où se trouvent les médecins, les infirmières et aussi les lits. Avec une proposition comme celle que nous envisageons, c'est-à-dire faire en sorte que l'argent suive le patient, la demande sera moins lourde pour le système quand nous aurons des fonds de transition à affecter à cette proposition.

Vous vous demandez si je pense que nous obtiendrons le financement pour la transition, l'innovation et les projets particuliers. Je vous dirai que j'ai rencontré le sénateur Carstairs et aussi le ministre Rock et que nous avons parlé des soins primaires à l'échelle nationale, du réaménagement des fonds et de ce que nous faisons. Par exemple, il faudrait probablement deux millions de dollars pour lancer un programme de soins palliatifs parce que nous aurions besoin d'accéder à la technologie. Il faudrait ensuite ajouter 1.5 million de dollars par année, montant qui serait réduit sur quatre ans jusqu'à ce que nous soyons en mesure d'atteindre l'autosuffisance, en fonction de la réaffectation des ressources au sein de notre système. Dans l'ensemble, nous ne demandons que huit ou neuf millions de dollars pour un projet de soins palliatifs sur quatre ans. Ce n'est pas beaucoup, mais on a tendance à faire équivaloir les montants affectés à tout programme au nombre d'habitants. L'Île-du-Prince-Édouard ne compte que 139 000 personnes de sorte que le gouvernement fédéral nous donnera à peine huit millions de dollars. Voilà encore une fois le défi auquel nous sommes confrontés.

D'autre part, si nous lançons le programme de soins palliatifs à l'échelle de la province, ce que personne d'autre ne peut faire aussi rapidement et aussi efficacement que nous le pouvons, nous

someone else could implement very easily. I would love somebody to say, "Here is your cheque and you must do specifically this." That would be great.

The Deputy Chair: You talk about your smaller population but, other than the large urban centres, there are many regions of Canada that are in the more rural and remote areas and could use a model to follow.

I was very interested in your comment, "Allow the money to follow the patient" because we have had a lot of testimony on the whole home care issue, and one of the problems of people not accessing home care, such as it is in varying degrees across the country, is the cost of pharmaceuticals. They do not factor in the cost of a hospital bed and all the services of the hospital, but the minute that patient leaves the hospital and goes to a home setting for recovery, the pharmaceuticals that were covered in the hospital are not covered at home. It does not seem to make any sense because it is sort of robbing Peter to pay Paul, because it is very costly to keep those patients in the hospital.

Mr. Ballem: With the cost of the hospital, if we have a 25-bed unit, we are staffing it for 25, regardless if there is a person in that bed or not.

The Deputy Chairman: There may be people on a waiting-list who could be using that bed.

Mr. Ballem: I want to put a little plug in now. Prince Edward Island has one of the lowest waiting-list times in the country. We may not have the highest per capita spending, but in terms of our waiting-lists for surgeries, we think we are the best. If not, we are second.

Senator Cook: My observation from listening to the witnesses is that we are looking at delivering a health service to primary care with dollar amounts that were set in some kind of a formula way back when, and I think it is time to step outside the loop and do something, as you say, innovative. It would be great if there was such an envelope available: If you could roll under one umbrella community and population health, and put in there your determinants of health such as poverty, obesity, literacy, even legal aid, smoking, home care, or what have you, or if you could develop a plan and house it in either home care or population health, and present it to the powers that be.

You have no funding in your present system for that. You are maintaining the status quo with your system, but you are being plagued with all those new innovative things that have happened since the 1960s when medicare and the Canada Health Act came into being. I sense special frustration here, so why not move outside the loop and develop something that will stand alone, and go look for it?

Mr. Ballem: I have made the comment many times in the last year that if I could just convince the boss to make me dictator for a year, life would be much easier. If you ask individuals, regardless of their health profession, if they are involved in the

pourrions en arriver à un modèle qu'une autre province pourrait très facilement mettre en oeuvre. J'aimerais que quelqu'un dise «Voici votre chèque et voici ce que vous devez faire avec les fonds». Voilà qui serait excellent.

La vice-présidente: Vous parlez de votre population plus faible si l'on fait exception des grands centres urbains, mais le Canada compte plusieurs autres régions rurales et éloignées qui pourraient bénéficier d'un modèle à suivre.

J'ai bien aimé ce que vous avez dit, «Permettre à l'argent de suivre le patient». Nous avons entendu plusieurs témoignages sur la question des soins à domicile et l'une des raisons pour lesquelles ce type de soins n'est pas accessible, de façon variable à l'échelle du pays, est le coût des médicaments. On ne semble pas en tenir compte dans l'établissement du coût d'un lit d'hôpital et de tous les services offerts dans les hôpitaux, mais dès que le patient quitte l'hôpital et se retrouve à domicile, les médicaments qui étaient couverts à l'hôpital ne le sont plus à la maison. Cela semble complètement illogique parce que c'est une façon de voler à Pierre pour donner à Paul, parce qu'il est très coûteux de garder ces patients à l'hôpital.

M. Ballem: Quand on calcule les coûts d'un l'hôpital, on peut avoir, par exemple, un secteur de 25 lits qu'il faut doter au complet, peu importe que ces lits soient occupés ou non.

La vice-présidente: Les patients sur une liste d'attente pourraient fort bien utiliser les lits.

M. Ballem: Permettez-moi de faire une petite publicité. L'Île-du-Prince-Édouard compte les listes d'attente les plus courtes au pays. Nous n'avons peut-être pas les dépenses les plus élevées par habitant, mais nous croyons être les meilleurs pour ce qui est des listes d'attente pour les chirurgies. Sinon, nous venons au deuxième rang.

Le sénateur Cook: À la lumière de ce que nous disent les témoins, il est question d'offrir des soins primaires avec un budget établi sur la base d'une formule conçue il y a longtemps, et il me paraît nécessaire de sortir du cadre et de faire quelque chose, comme vous le dites, d'innovateur. Il serait merveilleux qu'une telle enveloppe existe: s'il était possible de regrouper sous un même chapiteau la santé de la collectivité et la santé de la population et d'inclure des facteurs de santé comme la pauvreté, l'obésité, l'alphabétisation, même l'aide juridique, le tabagisme, les soins à domicile et ce que vous voudrez d'autre ou s'il était possible de concevoir un plan et de l'appliquer soit aux soins à domicile ou aux soins à la population et le présenter aux autorités.

Par contre, le système actuel ne prévoit pas de financement à cette fin. Vous maintenez le statu quo mais vous devez faire face à toutes les innovations technologiques apportées depuis les années 60, époque à laquelle le régime de soins de santé et la Loi canadienne sur la santé sont entrés en vigueur. Je sens qu'il y a une frustration particulière. Dans les circonstances, pourquoi ne pas sortir du cadre et élaborer une structure autonome et chercher à l'appliquer?

M. Ballem: Au cours de l'année écoulée, j'ai fait souvent le commentaire suivant: si je pouvais convaincre mon patron de me donner les pouvoirs d'un dictateur pendant un an, les choses seraient beaucoup plus faciles. Si vous demandez aux

health sector what do they think we should do, it is always, we could do this and we could do that, but do not touch me; do not touch my profession; give us more in my profession.

When we see an opportunity to do something, by the time we get all the players on side, then the opportunity has passed. Where we run into the frustration and the challenge is that the first question, inevitably, that comes up is: "It is all well and good to say we are going to home care, but where do you think we will get the money?"

We made the proposal at one function to convert acute care beds from acute care to palliative care, to take the money from that group of beds and have that money follow the patient, and thus we will make a palliative care fund. The words "convert" and "close" are what rang in people's heads. Our expectation is, how do you measure health care? Is it how much money you are spending, how many doctors you have and how many nurses you have?

If I sat in my office for the last 18 months and never came out, and asked people what kind of a minister was he, they would say, "He is pretty good because we have a bigger budget than we had when he went in, and we have more doctors and we have more nurses. We are building a new hospital and we are getting an MRIS" Do we have better health care for our residents? I am not sure whether we do or not. If we put the package together and said, "Here is what we want to do. Here is what we think it will cost, and how long it will take," and if I thought that I could get a receptive audience from the people who determine where the money comes from, we would have a proposal and be sitting in front of Minister Rock's office every chance we got, and we would be beating on Minister MacAulay's door and the door of anybody else who would listen to us.

The money cannot come from our provincial budget. It has to come from a national fund, and I am not asking to take away from any other province. However, the response is always that we get back to the per capita, and we are just not big enough.

Senator Cook: Sooner or later, those of you who are leaders will have to move, because the determinants are there: the declining birth rate, the aging population, poverty. The economy will determine how healthy we are as Canadians, and you may as well be the first out of the pack, because you will have to move, and now is the time to do it.

Mr. Ballem: I agree one hundred per cent, and you have heard us talk about it a lot through our presenters here today, and you will hear it some more this afternoon. We are better positioned than anyone to do exactly that. I was talking to Dr. Ling and asked him, "How much do you need to do primary care?" and he said, "Give me the money and just watch what we can roll out." We have a better, closer relationship with our health care providers than any other province because we are so small. You can walk into the hospital and chances are that you know half the people or

professionnels de la santé, aux personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ce qu'ils estiment que nous devrions faire, ils vous répondront que nous pourrions faire ceci et que nous pourrions faire cela, mais ne me touchez pas; ne touchez pas à ma profession et donnez davantage à ma profession.

Dès que se présente une occasion de faire quelque chose, il faut trop de temps pour rassembler tous les intervenants et les convaincre d'agir ensemble. Déjà, il est trop tard. Les frustrations et les défis se résument fort bien avec la première question qui vient immédiatement à l'esprit: il est très bien de dire que nous nous occuperons de soins à domicile, mais où croyez-vous que nous trouverons les fonds?

Lorsque nous avons proposé à un auditoire de fermer les lits réservés aux soins actifs afin de passer à des soins palliatifs, de prendre les fonds réservés à ce groupe de lits et de les affecter aux patients et ainsi de se créer un fonds de soins palliatifs, les mots «convertir» et «fermeture» sont ceux que les gens ont retenus. Il faut se demander comment mesurer les soins de santé. Est-ce en fonction de l'argent dépensé, du nombre de médecins disponibles et du nombre d'infirmières disponibles?

Si j'avais passé les 18 derniers mois à mon bureau sans en sortir et que je demandais aux gens quel genre de ministre j'ai été, ils diraient «Il est assez bon parce que nous avons un plus gros budget que quand il a été élu et que nous avons davantage de médecins et d'infirmières. Nous construisons un nouvel hôpital et nous allons obtenir du matériel d'IMR». Est-ce que cela donne de meilleurs soins de santé pour notre population? Je n'en suis pas si sûr. Si nous disons «Voici ce que nous voulons faire, et voici ce que nous pensons que seront les coûts et combien de temps il faudra» et si j'étais convaincu que les personnes qui distribuent les fonds seraient réceptives, nous pourrions présenter une proposition au ministre Rock et être raisonnablement sûrs d'obtenir les fonds. Ensuite, nous irions voir le ministre MacAulay puis n'importe quel autre ministre qui accepterait de nous écouter.

Les fonds ne peuvent venir de notre budget provincial. Ils doivent provenir d'une source fédérale. Par contre, loin de moi l'idée de priver une autre province. Toutefois, nous en revenons toujours à l'idée du calcul par habitant; à ce jour la population de notre province n'est tout simplement pas suffisante.

Le sénateur Cook: Tôt ou tard, ceux d'entre vous qui êtes les leaders devrez prendre des décisions, parce que les facteurs sont là: diminution du taux de natalité, vieillissement de la population et pauvreté. L'économie déterminera dans quelle mesure les Canadiens seront en santé et il se peut fort bien que vous soyez les premiers à bouger, parce qu'il est maintenant temps de le faire.

M. Ballem: Je suis entièrement d'accord avec vous et vous avez entendu plusieurs de nos intervenants le dire aujourd'hui, et d'autres vous le diront cet après-midi. Nous sommes mieux placés que quiconque pour le faire. En parlant au Dr Ling, je lui ai demandé «Combien vous faut-il pour les soins primaires?» et il m'a répondu «Donnez-moi les fonds et vous verrez que je ferai avancer les choses». Nous avons des liens de meilleure qualité, des liens plus étroits avec nos prestataires de soins de santé que dans n'importe quelle autre province parce que le territoire est

their families. We have an opportunity to do that if we had some resources.

Senator Cook: You have little pieces of different envelopes all over the place. I am sure that if you gathered all of those pieces in, rearranged them and did something innovative, you could show the powers that be that this is what is required and it is workable. Your province is small enough to be able to measure outcome.

Mr. Ballem: That is for sure. I am normally an optimistic person but I am not quite as optimistic as you are, senator, that we could show the powers that be that we can do it, but I agree, and we have no better opportunity than right now. When it comes to measurables, we all want to know whether we are getting not only good value but good health care.

There is another thing on which we have an advantage: We are trying to increase our research capabilities, especially illness research, because we have extended families living closely together. If you are studying genetics, my parents still live here, my cousins or my brothers and sisters, so we do have so many advantages.

However, the problem is trying to get over that hump. We are constantly told "You cannot do it, Prince Edward Island, because you are too small. This is really something that Ontario should do, or perhaps Alberta." That is the reality that we are facing.

Senator Cook: I, on the other hand, am a born optimist. I am a Newfoundlander, born in rural Newfoundland, and I believe that anything is possible, but you have to work hard at it.

Mr. Ballem: I agree.

Senator Léger: You were talking of programs, and you talked about the questionnaire in which they asked the fishermen if he did exercises, and he said, no. I wonder if the questions in the questionnaires are the same in Ontario as in Prince Edward Island? It is not the same language; it cannot be. That is just one thing that I wanted to say.

The real question or comment is about programs. When I was teaching in high school, they developed entrepreneurship. Nowadays they teach young people how to open a business right away, very young, how to have your own business, your own sweaters, and what to do in all the steps. Is there a way of having a program where we could educate young people about the costs if they go to a doctor's office, if they go to the hospital? If we began it there, if the bill is \$500, is that a learning process? Could there be a program in that line?

Mr. Ballem: That is a good idea. We are in the process now of instituting a waste watch program and the way in which we are having it sold is through the students. Ask kids about computers or the environment and they know so much more than our

petit. Il est fort probable que vous connaissiez la moitié des personnes qui vont à l'hôpital, ou leurs familles. Nous pourrions le faire si nous avions les ressources.

Le sénateur Cook: Vous avez des parcelles de différentes enveloppes. Je suis sûre que si vous pouviez les réunir toutes, les réorganiser et concevoir un plan innovateur, vous pourriez démontrer aux dirigeants ce qui est nécessaire et ce qui est possible. Votre province est suffisamment petite pour que vous soyez capable de mesurer les résultats.

M. Ballem: Assurément. Normalement, je suis plutôt optimiste mais pas autant que vous, sénateur; je ne suis pas sûr que je pourrais démontrer aux dirigeants que nous pouvons le faire. J'en conviens toutefois, le temps est plus que propice. Pour ce qui est de mesurer les résultats, nous voulons uniquement savoir si nous obtenons non seulement de bons soins de santé mais aussi si nous en obtenons pour notre argent.

Nous disposons aussi d'un avantage sur un autre plan: nous cherchons à accroître nos capacités de recherche, particulièrement la recherche sur les maladies, parce que nos familles élargies vivent proches les unes des autres. Si vous faites de la recherche sur la génétique, vous avez un avantage important parce que vous savez que mes parents vivent ici, de même que mes cousins ou mes frères et mes sœurs.

Toutefois, le problème est de franchir l'obstacle. On nous le dit constamment «Vous ne pouvez le faire à l'Île-du-Prince-Édouard parce que la province est trop petite. Vous devriez laisser cela à l'Ontario ou peut-être même à l'Alberta». C'est la réalité à laquelle nous sommes confrontés.

Le sénateur Cook: Je suis l'optimisme incarné. Je viens de Terre-Neuve, je suis née en milieu rural et je crois que tout est possible à la condition de travailler pour l'obtenir.

M. Ballem: J'en conviens.

Le sénateur Léger: Vous avez parlé de programmes et vous avez parlé du questionnaire dans lequel on demandait aux pêcheurs s'ils faisaient de l'exercice. Ils ont dit non. Je me demande si les questions sont les mêmes en Ontario qu'à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce n'est pas la même langue, cela n'est pas possible. Voilà ce que je voulais dire.

La question de fond concerne les programmes. Quand j'enseignais au secondaire, nous cherchions à développer l'esprit d'entreprise chez les élèves. Aujourd'hui, on enseigne aux jeunes gens comment lancer une entreprise dès maintenant, à un très jeune âge. On leur explique qu'ils peuvent avoir leur propre entreprise, avoir leurs propres chandails et comment faire à toutes les étapes. Est-il possible de créer un programme qui montrerait aux jeunes ce qu'il en coûte quand ils se présentent au cabinet d'un médecin, quand ils se présentent à l'hôpital? Si on commençait par là — à supposer que la facture soit de 500 \$ — croyez-vous que ce serait un processus d'apprentissage? Pourrait-il y avoir un programme en ce sens?

M. Ballem: Voilà une bonne idée. Nous sommes à mettre au point un programme de surveillance des déchets, et les étudiants sont notre outil de promotion. Si vous demandez aux jeunes de vous parler d'informatique ou d'environnement, vous constaterez

generation. If people only knew. Perhaps that is a way to do it: go to the kids and say, "Did you know?"

Senator Léger: I think they would want to know. There is curiosity there and then the adults would automatically start poking in and might be interested in their own bills.

The Deputy Chair: On behalf of my colleagues and myself, I would like to thank you, Minister, very much for appearing here today.

Mr. Ballem: Just for Senator Callbeck, we did some quick calculations. If all provinces were in the equalization formula, it would provide \$41 million more on a base of \$260 million.

Senator Callbeck: Thank you, Minister.

The Deputy Chairman: I would like to call the next witnesses to the table.

Ms Betty Fraser, Chief Executive Officer, Southern Kings Health Authority: I am the CEO of Southern Kings Health Authority, which is a small rural community east of Charlottetown, a regional health unit that serves a population of approximately 15,000 people and we do provide core health services to that population. It is primarily rural in nature and the largest centre has approximately 2,000 people. Our main referral centre is the Queen Elizabeth Hospital, which is about 30 miles away, and our main industries are fishing and farming. Seasonal employment is certainly a big factor in our community.

What I have chosen to do this afternoon is to address four of the areas that you have in your report around the issues and options, and relate those to some of the concerns that I have within our own regional health unit. I would also like to relate those to some of the concerns that I encounter as part of a national board that I sit on, the Canadian Association for Community Care, and some of the issues that are encountered from that component.

I will begin with the transfer of funds for the provision of health services administered by other jurisdictions. Medicare has become a very familiar term across the country. We grew up with this system. As Canadians, we take this "free" service for granted, and we expect it will be there to provide for our every medical need, and that it should be at no out-of-pocket expense to any of us.

The principles of the Canada Health Act were evoked as part of medicare. A comprehensive review of this act must be undertaken. Currently, insured services relate to the site of care, and that is primarily in hospitals. Given the recent move to more community-based services, we must give serious consideration to what is an insured service and where can this service be provided.

qu'ils en savent bien plus que les gens de notre génération. Si seulement les gens savaient. Peut-être est-ce une façon d'y arriver: demander aux enfants «Saviez-vous que»?

Le sénateur Léger: Je crois personnellement qu'ils voudraient savoir. Ils sont curieux, puis les adultes commenceraient immédiatement à poser des questions et, qui sait, pourraient vouloir connaître le montant de leurs propres factures.

La vice-présidente: Au nom de mes collègues et en mon nom propre, je tiens à vous remercier, monsieur le ministre, d'avoir comparu ici aujourd'hui.

M. Ballem: J'ajouterais un petit mot à l'intention du sénateur Callbeck. Nous avons fait des calculs rapides. Si toutes les provinces faisaient partie de la formule de calcul de la péréquation, nous toucherions 41 millions de dollars de plus sur la base de 260 millions de dollars.

Le sénateur Callbeck: Merci monsieur le ministre.

La vice-présidente: Nous entendrons maintenant les témoins suivants.

Mme Betty Fraser, chef de la direction, Southern Kings Health Authority: Je suis chef de la direction du Southern Kings Health Authority, une petite collectivité rurale située à l'est de Charlottetown. Notre service régional de santé dessert une population d'environ 15 000 personnes. Nous leur offrons des soins de santé de base. Il s'agit d'une structure principalement rurale où le centre le plus important compte environ 2 000 personnes. Nous référons surtout les patients au Queen Elizabeth Hospital, situé environ 30 miles plus loin. Les industries principales de la région sont la pêche et l'agriculture. La saisonnalité de l'emploi est certes un facteur déterminant pour notre collectivité.

J'ai décidé de vous parler cet après-midi de quatre des questions qui sont abordées dans votre rapport. Je tenterai de les relier à certaines des préoccupations que nous avons dans notre propre service régional de santé. J'aimerais aussi établir un lien avec certaines des préoccupations auxquelles je suis confrontée en ma qualité de membre d'un conseil d'administration national, celui de l'Association canadienne de soins et services communautaires, et certaines des questions qui découlent de cette composante.

Je commencerai par le transfert de fonds pour la prestation de services de santé administrés par d'autres secteurs de compétence. Le régime d'assurance-maladie est une expression très connue à l'échelle du pays. Nous avons grandi dans ce système. En tant que Canadiens, nous tenons pour acquis qu'il s'agit d'un service «gratuit» et nous nous attendons à ce qu'il soit disponible pour répondre à tous nos besoins médicaux et à ce que personne n'ait à déboursier quoi que ce soit.

Les principes de la Loi canadienne sur la santé ont été évoqués dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Un examen complet de cette loi s'impose. Présentement, les services assurés se rapportent à l'endroit où ils sont offerts, c'est-à-dire surtout dans les hôpitaux. Compte tenu du mouvement récent en faveur des services offerts dans la collectivité, nous devons envisager très sérieusement ce qu'est un service assuré et où ce service peut être offert.

Currently, across the country, home care programs vary widely from jurisdiction to jurisdiction. Clearly defined standards have not been established. Pharmaceuticals and supplies are not covered in many jurisdictions.

The cost of providing health care services continues to escalate. The system as it currently exists cannot sustain the future. A recent report by the Conference Board of Canada estimates that medicare costs will grow by an average of 5.2 per cent between 2000 and 2020. This translates into approximately 42 per cent of budgets consumed by medicare. We heard earlier from the minister when he talked about the percentages of our budget now that have been consumed for health care in relation to some of the other budgets for the government departments on Prince Edward Island. These are very alarming statistics and should provoke discussion at both a federal and a provincial level.

This underscores the urgent need for federal/provincial/territorial agreements on core services which are provided not only in the acute care sector but in the community as well, and to which the principles of the Canada Health Act would apply equally. I would recommend that the federal government take a leadership role in determining core services to be included and establishing national standards related to the provision of such services.

We will now move on to funding innovative health research. Health Canada needs to be commended for the role played in funding health research and innovative pilot projects. As a small rural community, we have benefited greatly from the funding available to participate in such projects, and the minister has already made reference to the rural palliative home care project, and a second one that we have been involved with called "Little Expressions Mean a Lot" which is a speech language project that is currently under way.

The federal government has a key role in the funding for ongoing research projects and the dissemination of these results to policy makers, which provide for credible information as a framework for decision making. Prince Edward Island as a province and smaller regional health units are well suited to develop and carry out innovative projects which demonstrate capacity to offer services more effectively in rural communities.

The time frames associated with project proposals and implementation is problematic. The minimal time required once a proposal is presented can be anywhere from 18 months to two years, and we talked earlier about putting projects together and looking for funding. Those are often the time frames that we are confronted with if we do have what we feel is a good idea. The hiring process is time-consuming. For example, a 6-month start up delay on an 18-month project places significant demands on an organization to complete the project within the proposed time frame. The inability to extend projects or to carry funding forward into the next fiscal year is problematic for a project to achieve its full potential. Often we find ourselves in a situation where we are

Actuellement au pays, les programmes de soins à domicile varient grandement d'un secteur de compétence à l'autre. Les normes n'ont pas été clairement définies et les médicaments et les fournitures ne sont pas couverts dans plusieurs cas.

Les coûts liés à la prestation des soins de santé continuent de croître. Dans sa forme actuelle, le système ne peut survivre. Un rapport récent du Conference Board du Canada estime que les coûts du régime d'assurance-maladie connaîtront une croissance annuelle moyenne de 5.2 p. 100 entre 2000 et 2020. Cela représente environ 42 p. 100 du budget consacré au régime. Nous avons entendu plus tôt le ministre qui parlait de la proportion de notre budget qui doit être consacrée aux soins de santé par rapport à d'autres éléments du budget pour les ministères de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce sont des chiffres alarmants qui devraient susciter la discussion au niveau fédéral et provincial.

Cette situation fait ressortir l'urgence d'ententes fédérales/provinciales/territoriales sur les services principaux qui sont offerts non seulement dans le secteur des soins actifs, mais aussi dans la collectivité et auxquels les principes de la Loi canadienne sur la santé s'appliqueraient également. Je recommanderais au gouvernement fédéral d'assumer un rôle de leadership pour déterminer quels services principaux doivent être inclus et pour établir des normes nationales visant la prestation de tels services.

Je passe maintenant au financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé. Il faut féliciter Santé Canada pour son rôle dans le financement de la recherche sur la santé et de projets pilotes innovateurs. En tant que petite collectivité rurale, nous avons grandement profité du financement pour participer à de tels projets, et le ministre a déjà fait référence à un projet de soins palliatifs à domicile en milieu rural et à un second projet auquel nous participons et qui s'appelle «Little Expressions Mean a Lot», un projet d'orthophonie actuellement en cours.

Le gouvernement fédéral joue un rôle clé dans le financement des projets de recherche en cours et dans la diffusion des résultats à ceux qui font les politiques. Cette initiative fournit des renseignements crédibles comme base pour la prise de décisions. La province de l'Île-du-Prince-Édouard, avec ses plus petits services régionaux de santé, convient bien à l'élaboration et à l'exécution de projets innovateurs qui démontrent la capacité d'offrir des services de manière plus efficace dans les collectivités rurales.

Les échéanciers concernant les propositions et la mise en oeuvre de projets posent problème. Le délai minimum après le dépôt d'une proposition peut varier de 18 mois à deux ans. Nous avons parlé plus tôt de l'élaboration de projets et de la recherche de financement. Ce sont souvent les échéanciers avec lesquels nous devons composer si nous pensons avoir une bonne idée. Le processus d'embauche est également long. Par exemple, un délai de six mois dans la mise en marche d'un projet de 18 mois impose des contraintes assez lourdes pour l'organisation qui souhaite réaliser le projet dans les délais proposés. L'incapacité de prolonger les projets ou de reporter le financement à l'exercice suivant pose un problème si on veut qu'un projet donne tout son

spinning our wheels to spend money before the end of the fiscal year, and that is not good management.

The inability of health regions to act as a prime sponsor without ministerial approval is an unnecessary and unwarranted barrier to moving forward on proposal submissions. Small rural regions, such as Southern Kings with a population of 15,000, are limited in the range of appropriate sponsorship for project proposals. The guidelines or direction are often unclear and results in time-consuming duplication.

I recommend that the federal government remove the barriers in place which limit the capacity of a regional health authority to act as prime sponsors for federally funded pilot projects, and that greater flexibility be provided for project time lines.

My next heading is: Support for Health Canada infrastructure and the Health Infrastructure: The issues related to the planning of human resources in health care is indeed a national concern. Support is recognized for a number of studies which are currently under way. However, the crisis is now and the demands far exceed the supply available in many areas of service provision.

There is a need for greater cooperation among the provinces relating to credentialing and licensing of professionals. The federal government can play a leadership or coordinating role in facilitating this process. When salary ranges and incentives drive the recruitment process, the smaller provinces cannot compete, and I think we are well aware of some of the salaries that are offered in places such as Alberta and British Columbia. Prince Edward Island cannot touch those, or ever hope to. We cannot create a bidding war as we strive to ensure an adequate supply of trained professionals.

The area of para-professionals is less clearly defined, and this is especially evident in the home and community care sector. The training for para-professionals is a provincial responsibility. This may be done by the province or through a private company, but it is often on an ad hoc basis. The funding to support this training is limited and is often inadequate. The federal government could work more closely with provinces to ensure that adequate funding is available for training and skill development, and that appropriate standards are in place.

One area which I feel should be given careful consideration is the provision of technology to support training programs. Funding is often not available for start-up costs. Federal support of the infrastructure for such initiatives could be beneficial in many of our rural communities.

When the federal government does provide funding to the provinces, whether that is through CHST transfer payments or, more recently, through funding of Health Canada technology, this funding is often directed to high-end technology required in the

potentiel. Nous nous retrouvons bien souvent dans une situation où nous nous dépêchons de dépenser l'argent avant la fin de l'exercice, ce qui n'est pas une bonne façon de gérer.

L'incapacité des régions à agir comme parrain principal en matière de santé sans l'autorisation ministérielle est un obstacle inutile et non justifié pour faire avancer les propositions. Les petites régions rurales comme Southern Kings, avec une population de 15 000 habitants, sont limitées dans la gamme de parrainage approprié pour des propositions de projet. Les lignes directrices ou les orientations sont souvent peu claires et entraînent une duplication coûteuse.

Je recommande que le gouvernement fédéral élimine les obstacles qui limitent la capacité des autorités sanitaires régionales d'agir comme parrain principal des projets pilote financés par le gouvernement fédéral et d'accorder plus de souplesse pour l'établissement des échéanciers d'un projet.

Je passe maintenant à l'appui de Santé Canada à l'infrastructure et à l'infrastructure de la santé: les questions liées à la planification des ressources humaines par la prestation de soins de santé est une préoccupation nationale. On reconnaît qu'il faut appuyer un certain nombre d'études qui sont déjà en cours. Toutefois, la crise se vit maintenant et les demandes dépassent de loin ce qui est disponible dans plusieurs secteurs de prestation de services.

Il faut que les provinces collaborent davantage entre elles pour établir l'accréditation et l'autorisation des professionnels. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de leadership ou de coordination pour faciliter ce processus. Lorsque le recrutement est axé sur les salaires et les incitatifs, les plus petites provinces ne peuvent concurrencer. Selon moi, elles sont parfaitement au courant des salaires qui sont offerts en Alberta et en Colombie-Britannique. L'Île-du-Prince-Édouard ne peut s'en approcher ni même espérer le faire. Nous ne saurions nous lancer dans une guerre d'enchères au moment où nous cherchons à trouver un nombre suffisant de professionnels bien formés.

Le secteur des para-professionnels est moins bien défini, situation particulièrement apparente dans le secteur des soins à domicile et collectifs. La formation de paraprofessionnels relève du provincial. La province peut s'en charger elle-même ou confier ce travail à une entreprise privée, mais c'est souvent au cas par cas. Le financement nécessaire à cette formation est limité et souvent insuffisant. Le gouvernement fédéral pourrait travailler plus étroitement avec les provinces pour prévoir un financement approprié pour la formation et le perfectionnement des compétences et mettre en place des normes appropriées.

J'estime aussi qu'il faudrait envisager sérieusement la fourniture de technologie pour appuyer les programmes de formation. Bien souvent, le financement n'est pas disponible pour les coûts de démarrage. L'appui du fédéral à l'infrastructure pour de telles initiatives pourrait être avantageux pour plusieurs de nos collectivités rurales.

Lorsque le gouvernement fédéral accorde des fonds aux provinces, soit dans le cadre des paiements de transfert du TCSPS soit, plus récemment, dans le cadre du financement de la technologie de Santé Canada, ces fonds vont souvent à la

acute care sector. Targeted funding aimed at specific sector areas would greatly increase our capacity to provide alternatives to service delivery in rural areas.

I wish to use an example from our recent palliative care project in Southern Kings and the telehospice project in West Prince. An evaluation of these two programs clearly identifies the cost benefits and enhanced quality of service that can be provided through telehealth. However, the start-up costs are often prohibitive and cause delays in implementing such programs in rural areas. The federal government could play a greater role in the provision of start-up funding for specific projects aimed at enhanced service delivery in rural communities. The availability of appropriate technology can also lessen the demands on some of our scarce professional resources.

Finally, I want to talk about health protection, health and wellness promotion and illness prevention. In the past, the primary focus in health care was to treat. Emphasis was placed on research related to the treatment and cure of disease. Health promotion, prevention and responsibility for one's own health received limited attention. As a system, we continue to increase our spending on health care with little evidence to demonstrate if Canadians are healthier.

Support of the federal government in a move towards a population health approach is crucial for the sustainability of the health system. The recent report on the health of Canadians highlights many areas and opportunities for policy makers and service providers. A population health approach must go beyond the traditional health providers. Federal, provincial and municipal governments must work collaboratively to develop effective policies and strategies which encompass the broad determinants of health.

"Toward a Healthy Future" recommends and encourages building alliances with other sectors as primary strategy for improving population health. Many of the determinants of health are outside the traditional health system. Further dialogue must occur that will enable the development of healthy public policies across many sectors. It is not solely the responsibility of government. There is a role for public, private and not-for-profit institutions in achieving positive health outcomes.

The federal government must be recognized for initiatives currently under way to assist key population groups: children, youth and Aboriginal peoples. However, this is just a beginning. The federal government must continue to fund programs and research in all of these areas and to monitor and report on the health impact of all government policy.

technologie de pointe nécessaire dans le secteur des soins actifs. Le financement ciblé pour des secteurs particuliers augmenterait grandement notre capacité d'offrir une prestation de services différente en milieu rural.

Permettez-moi de vous citer l'exemple de notre projet récent de soins palliatifs à Southern Kings et du projet de téléhospice à West Prince. L'évaluation de ces deux programmes montre clairement la rentabilité et l'amélioration de la qualité du service que la télésanté peut apporter. Toutefois, les coûts de démarrage sont souvent prohibitifs et entraînent des délais dans la mise en oeuvre de ces programmes en milieu rural. Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle plus important dans la fourniture de fonds de démarrage pour des projets qui visent à améliorer la prestation des services en milieu rural. La disponibilité d'une technologie appropriée peut aussi atténuer la demande de ressources professionnelles limitées.

Je voudrais aussi parler de protection de la santé, de promotion de la santé et du mieux-être et de prévention de la maladie. Par le passé, les soins de santé visaient surtout à traiter les maladies. On mettait l'accent sur la recherche qui se rapportait au traitement et à la guérison des maladies. Dans l'ensemble, on accordait peu d'attention à la promotion de la santé, à la prévention et à la responsabilité vis-à-vis de sa propre santé. En tant que système, nous continuons d'accroître les dépenses pour les soins de santé sans même savoir avec précision si les Canadiens sont en meilleure santé.

L'appui du gouvernement fédéral est crucial pour la viabilité d'un système de santé qui serait axé sur la santé de la population. Le rapport récent sur la santé des Canadiens met en relief plusieurs secteurs et plusieurs possibilités pour les décideurs et les prestataires de soins. Une approche à la santé de la population doit aller au-delà des prestataires traditionnels en matière de santé. Les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux doivent travailler en collaboration les uns avec les autres pour élaborer des politiques et des stratégies efficaces qui tiennent compte des grands déterminants de la santé.

Le document «Pour un avenir en santé» recommande et encourage l'établissement d'alliances avec d'autres secteurs comme stratégie primaire pour l'amélioration de la santé de la population. Plusieurs des déterminants de la santé se situent à l'extérieur du système de santé traditionnel. Un dialogue plus intense doit donc s'établir pour favoriser l'élaboration de politiques publiques saines dans plusieurs secteurs. Ce travail n'est pas que la responsabilité du gouvernement. Les institutions publiques, privées et sans but lucratif doivent aussi jouer un rôle dans la réalisation d'objectifs de santé positifs.

Il faut aussi reconnaître le rôle du gouvernement fédéral dans des initiatives en cours pour aider des groupes clés de la population: les enfants, les jeunes et les autochtones. Toutefois, ce n'est qu'un début. Le gouvernement fédéral doit continuer de financer des programmes et la recherche dans tous ces secteurs et de surveiller les répercussions de cette politique publique pour la santé et en rendre compte.

In conclusion, I do not believe the medicare system as it currently exists is sustainable into the future given the demographics, demands for new technology, and shrinking human resources. If there were to be no change in the per capita health expenditures and the population were to age as projected, total expenditures would be 30 per cent higher by 2030. Statistics such as this reinforce the necessity to improve population health to mitigate the financial effects of aging. We must strive to create a system for the next century which is based on solid research and evidence-based decisions. The current model focused on illness care is no longer sustainable. We must seek opportunities for health promotion activities and develop incentives which encourage individuals to become more accountable for their own health.

The federal government can play a lead role with the provinces by encouraging partnerships and developing frameworks which will embrace a national approach. Some initiatives currently under way that hold potential are the Social Union Framework Agreement, CHST, the Canada Health Act and the possibility of new legislation in support of health promotion and prevention.

The issue of a two-tiered system continues to be controversial. In essence, we have elements of such a system in various parts of our country. Individuals can purchase insurance which enables them to go to the United States to have tests or surgery, which will avoid the long waiting lines in Canada. There is increasing demand to have these same benefits available in Canada. Insured services under medicare must be identified and clearly defined. Ethical issues related to technology must also be addressed.

Many of the discussions related to how we pay for the system revolve around user fees, co-pays and increased taxes. We have given little attention to providing incentives for individuals to maintain a healthy lifestyle. There has been minimal emphasis on the role of informal caregivers and the contribution that they provide to a sustainable system. I believe that the federal government can provide leadership in exploring tax incentives or tax breaks which will support caregivers and, thus, lessen the demands on the system. A similar approach can be undertaken to encourage individuals in the areas of prevention and health promotion.

I thank you for the opportunity to present my views on some of the issues raised in this report, and I look forward to future discussion as we strive to create an equitable and sustainable health care system.

Ms Susan Maynard, Senior Health Planner, Department of Health and Social Services, P.E.I.: Honourable senators, I am pleased to join you today. The focus of my presentation will be on several of Prince Edward Island's successes in piloting regional and provincial innovations, some comments on the issues and

Pour terminer, je ne crois pas que le régime d'assurance-maladie dans sa forme actuelle puisse être viable dans le futur compte tenu de l'évolution démographique, de la demande de nouvelles technologies et de la réduction des ressources humaines. S'il n'y a pas de changement au chapitre des dépenses en santé par habitant et si le vieillissement de la population se poursuit comme prévu, les dépenses totales pourraient être de 30 p. 100 plus élevées dès 2013. De telles données statistiques mettent en relief la nécessité d'améliorer la santé de la population afin d'atténuer les effets financiers du vieillissement. Nous devons chercher à créer un système qui soit basé sur de la recherche solide et sur des décisions prises en fonction des résultats de cette recherche. Le modèle actuel basé sur le traitement des maladies n'est plus viable. Nous devons concevoir des activités de promotion de la santé et élaborer des incitatifs qui encouragent la population à prendre un plus grand soin de sa santé.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de leader auprès des provinces en favorisant l'établissement de partenariats et en élaborant des cadres de travail de portée nationale. Certaines initiatives actuelles offrent ce potentiel: l'Accord-cadre sur l'union sociale, le TCSPC, la Loi canadienne sur la santé et la possibilité d'une nouvelle loi à l'appui de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

La question d'un système à deux volets demeure controversée. Nous avons déjà des éléments d'un tel système dans diverses parties du pays. Les particuliers peuvent acheter de l'assurance qui leur permet de se rendre aux États-Unis pour y subir des examens ou des chirurgies, ce qui leur permet d'éviter les longues listes d'attente au Canada. La demande de tels avantages se fait de plus en plus pressante au Canada. Les services assurés en vertu du régime d'assurance-maladie doivent être identifiés et définis très clairement. Il faudra aussi aborder les questions d'éthique par rapport à la technologie.

Plusieurs des débats qui entourent la façon de financer le régime tournent autour du ticket modérateur, de la participation aux coûts et de l'augmentation des impôts. Jusqu'à maintenant, nous avons peu insisté sur les incitatifs pour encourager les particuliers à maintenir un style de vie sain. Nous avons peu insisté sur le rôle des prestataires de soins efficaces et sur la contribution qu'ils peuvent apporter à un système viable. Selon moi, le gouvernement fédéral peut offrir ce leadership en examinant des incitatifs fiscaux ou des congés fiscaux qui apporteront un appui aux prestataires de soins et qui entraîneront une demande moins lourde pour le système. Une approche similaire peut être entreprise pour inviter les particuliers à être actifs en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Je vous remercie de nous avoir invité à présenter notre point de vue sur quelques-unes des questions soulevées dans ce rapport, et je compte bien suivre le débat qui nous permettra de créer un régime de santé équitable et viable.

Mme Susan Maynard, planificatrice principale des services de santé, ministère de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Honorables sénateurs, il me fait plaisir d'être ici aujourd'hui. Mon exposé portera sur les succès qu'a connu l'Île-du-Prince-Édouard en matière d'innovations

options relative to palliative care, and to financing and evaluation of innovative pilot projects.

Because of its small size, integrated structure and strong community focus, P.E.I. has had success in piloting a number of national, regional and provincial projects, and I think you have heard a number of references to those here today already. Support of these initiatives at the federal level through health research funding has been instrumental in creating the opportunity for innovative demonstration projects that have implications for longer term sustainability of the health system.

The projects that I will briefly describe to you are both specific to the area of palliative care. As you know, the demand for palliative care is a challenge facing the Canadian health care system, in large part due to the growth of our aging population and the shift towards end-of-life care from hospital care to home care. These challenges are most notable in rural areas which tend to have few specialists and less access to health care resources.

I would like to tell you a bit about the Rural Palliative Home Care Project. You have heard some references to it earlier today. This project was an inter-provincial initiative funded through the Federal Health Transition Fund. The mandate of this 18 month project was to develop, implement and evaluate a model to improve the delivery of palliative care to persons living at home in rural areas. A unique aspects of this project, I think, is that it was a joint project between two provinces, and that was certainly of great benefit for us. The project had three demonstration sites: two in Prince Edward Island, in the East Prince and South Kings Health Regions, and one in northern Nova Scotia. The project was completed in January, 2001, and the results have been widely disseminated across the country through a number of national conferences.

The goals of the project were to increase accessibility to palliative care in rural communities; to increase support to health care providers; to develop, implement and evaluate an education curriculum, and to define the barriers to receiving palliative care in rural communities. Several initiatives helped to meet those goals. One was to develop and implement an integrated program model for palliative care; second, the development of an education curriculum which was delivered to front-line staff and to recently created palliative care resource/consult teams; and third, a comprehensive evaluation of the impact of the new program. An important part of the evaluation was the sample of clients and families who contributed confidential and detailed information about quality of life issues and client and care giver satisfaction and needs.

One of the key features of this project's success is that it was developed primarily by building upon and strengthening existing resources, a feature which enhances its sustainability beyond the pilot phase. An important component of the development process

régionales et provinciales, et je ferai des observations sur les questions et les options qui concernent les soins palliatifs et le financement et l'évaluation de projets pilote innovateurs.

Grâce à sa petite taille, à sa structure intégrée et à son fort sentiment collectif, l'Île-du-Prince-Édouard a mené à terme, avec succès, certains projets pilote d'envergure nationale, régionale et provinciale. Vous aurez entendu aujourd'hui un certain nombre de références à ces projets. L'appui du fédéral à ces initiatives par l'entremise du financement de la recherche en santé a joué un rôle dans la création d'opportunités pour des projets de démonstration innovateurs ayant des répercussions à plus long terme sur la viabilité du système de santé.

Les projets que je vous décrirai brièvement sont particuliers au secteur des soins palliatifs. Comme vous le savez, la demande de soins palliatifs pose un défi de taille au système de santé canadien, surtout en raison du vieillissement de notre population et du passage de l'hôpital au foyer pour les soins aux personnes en fin de vie. Ces défis se font sentir surtout dans les zones rurales qui comptent en général moins de spécialistes et où l'accès aux ressources de soins de santé est plus difficile.

J'aimerais vous parler un peu du projet Rural Palliative Home Care. Certains témoins y ont fait allusion plus tôt aujourd'hui. Ce projet découle d'une initiative interprovinciale financée grâce au Fonds fédéral pour l'adaptation des services de santé. Le but du projet d'une durée de 18 mois était d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer un modèle pour améliorer la prestation de soins palliatifs aux personnes vivant dans leur foyer, en milieu rural. J'estime que le projet se démarquait parce qu'il s'agissait d'une entreprise conjointe entre deux provinces, et que nous en avons grandement profité. Le projet comportait trois sites de démonstration: deux à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les régions sanitaires de East Prince et South Kings, et un dans le nord de la Nouvelle-Écosse. Le projet a pris fin en janvier 2001 et les résultats ont été largement diffusés au pays dans le cadre de certaines conférences nationales.

Les objectifs du projet étaient d'accroître l'accessibilité aux soins palliatifs dans les collectivités rurales; accroître le soutien aux prestataires de soins de santé; élaborer, mettre en oeuvre et évaluer un programme de formation; et définir les obstacles à la prestation de soins palliatifs dans les collectivités rurales. Plusieurs initiatives ont permis d'atteindre les objectifs. L'une d'elles consistait à élaborer et à mettre en oeuvre un modèle de programme intégré de soins palliatifs; une deuxième consistait à élaborer un programme d'éducation qui a été offert au personnel de première ligne et aux équipes récemment constituées de ressources et de consultants en soins palliatifs; une troisième portait sur l'évaluation complète des répercussions du nouveau programme. Un élément important de l'évaluation portait sur un échantillon de clients et de familles qui ont accepté de fournir des renseignements confidentiels et détaillés sur des questions de qualité de vie et sur les besoins et degré de satisfaction des clients et des prestataires de soins.

Le projet a connu du succès notamment parce qu'il a été élaboré à partir des ressources existantes, caractéristique qui favorise sa viabilité au-delà de l'étape du projet pilote. Le processus d'élaboration du programme a bénéficié de la

was the collaboration across a number of sectors including home care, acute care, long-term care, family physicians, pastoral care, pharmacy, other allied health professionals and the volunteer sector.

The second project that I would like to tell you about is the West Prince Telehospice Project which was initiated in 1999 in the West Prince Health Region with financial support from the Health Infrastructure Support Program. This pilot project utilized telehealth technology to provide support to rural families caring for a dying loved one at home. The project enabled a dying person and their family to access live visual and audio contact with health professionals up to 24 hours per day. The initiative tested a number of key outcomes including the degree to which home-based technology can enhance and support palliative care for patients and families in rural communities, and the determination of specific needs which can be well served by the use of this technology.

An evaluation of the project demonstrated that the use of this technology has enabled an enhanced level of service to both patients and caregivers, and can be a cost-effective method of service delivery. The evaluation found that the number of physician office and outpatient department visits decreased for those involved in the project. It was also determined that a telehome care nurse can make approximately 20 visits per day, whereas a conventional home care nurse can make 8-10 visits per day.

The findings of this project highlight telehome care and telehealth technology as options which can contribute to the future sustainability of the health system. As one method of service delivery, this technology has potential for addressing issues faced by rural communities where distance and travel time can affect accessibility to service. It also has implications for more effective and efficient utilization of health human resources, which are in short supply both provincially and nationally.

The West Prince Telehospice Project has received visitors worldwide and has been the recipient of a gold medal for "Excellence in the Provinces" at the 2000 GTEC national conference.

One of the recommendations of the Rural Palliative Care Project advocates for income assistance and job security to be provided to family members choosing to care for a palliative patient at home. I believe this is an area where the federal government has an important leadership role, that is, to explore tax incentives and other options which support caregivers to leave the workforce temporarily to provide informal care. The project also recommended that provincial and federal governments move to collaboratively fund a strategy that will support end-of-life care for Canadians.

collaboration de plusieurs secteurs, y compris celui des soins à domicile, des soins actifs, des soins à long terme, des médecins de famille, des services de pastorale, des services de pharmacie, d'autres professionnels de la santé et du secteur bénévole.

Le second projet est celui du téléhospice West Prince, lancé en 1999 dans la région sanitaire West Prince avec le soutien financier du Programme des partenariats pour l'infrastructure de la santé. Ce projet pilote a utilisé la technologie de la télésanté pour offrir un soutien aux familles rurales qui devaient prendre soin d'un être cher mourant à domicile. Le projet a permis à une personne mourante et à sa famille d'avoir un contact visuel et audio direct avec des professionnels de la santé jusqu'à 24 heures par jour. L'initiative a permis de vérifier certains résultats clés, y compris dans quelle mesure la technologie installée à domicile peut améliorer et soutenir les soins palliatifs pour les patients et les familles en milieu rural et la détermination des besoins de particuliers qui peuvent être bien desservis grâce à l'utilisation de cette technologie.

Une évaluation du projet a permis de constater que cette technologie avait permis d'atteindre un niveau de service accru tant pour les patients que pour les prestataires de soins et qu'elle peut être une méthode rentable de prestation de services. L'évaluation a également montré que le nombre de visites au bureau du médecin et aux services de consultations externes avait diminué dans le cas des participants au projet. On a également pu déterminer qu'une infirmière peut faire approximativement 20 visites à distance par jour, tandis qu'une infirmière qui donne des soins à domicile peut faire de huit à 10 visites par jour.

Les résultats du projet illustrent bien que la technologie des soins à distance à domicile et de la télé médecine sont des options qui peuvent aider à la viabilité future du système de santé. En tant que méthode de prestation de services, cette technologie permettrait d'aborder les problèmes auxquels font face les collectivités rurales, c'est-à-dire la distance et la durée des déplacements qui peuvent nuire à l'accessibilité au service. Cette technologie peut aussi contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficacité de l'utilisation des ressources humaines en santé, qui affichent une pénurie au plan provincial et national.

Le projet de téléhospice West Prince a accueilli des visiteurs du monde entier et s'est mérité une médaille d'or dans la catégorie «excellence dans les provinces» à la conférence nationale GTEC 2000.

Une des recommandations formulées à la suite du projet Rural Palliative Care insiste sur une aide au revenu et sur la sécurité d'emploi pour les membres des familles qui choisissent de s'occuper d'un patient qui bénéficie de soins palliatifs à domicile. Il s'agit d'un domaine où, selon moi, le gouvernement fédéral a un rôle de leadership important à jouer pour examiner les incitatifs fiscaux et d'autres options qui permettraient aux prestataires de soins de quitter leur emploi temporairement pour donner des soins à domicile. Selon une autre recommandation, les gouvernements provincial et fédéral devraient agir en collaboration pour financer une stratégie canadienne à l'appui des personnes en fin de vie.

With respect to the federal role in funding innovative health research, I strongly support this as an important role which contributes to a sound knowledge base and enhances evidence-based decision making.

I also support the emphasis on financial support for evaluation of pilot projects as this contributes to the sustainability of the health system by encouraging and facilitating innovation, and by fostering reform and renewal. Dissemination of results is another key feature which is often enabled by involvement in federally funded projects.

Ms Fraser also referred to this in her paper: One of the deterrents to thorough evaluation of pilot projects has been the short time frames associated with a number of the federal research funds. Greater flexibility is recommended to ensure sufficient time for program development, implementation, evaluation and dissemination of results.

I am pleased to have had the opportunity to highlight several of our innovative projects that have been made possible through federal funding initiatives, and to present my views on some of the issues and options raised in your report.

Ms Kathleen Flanagan-Rochon, Community Services Coordinator, Department of Health and Social Services, P.E.I.: Honourable senators, I would like to focus my comments today on two particular aspects of the federal role in health, and those are the federal role in population health and also in funding innovative research. I will also frame my comments within the context of Prince Edward Island's Healthy Child Development Strategy. As Director of the Children's Secretariat, I am involved in that strategy, and the experiences we have had in being involved with both Health Canada and HRDC have given us some context to make some comments. I will just summarize that our Healthy Child Development Strategy is evidence-based. It was based on consultations across the province and we have integrated those consultations with the ones that we did for the National Children's Agenda, and so the vision values for our own provincial strategy build on those of the national agenda.

In carrying out our strategy, this is not solely a government strategy: It is a partnership between government and community. There are five provincial government departments involved, including Health and Social Services, Education, Office of Attorney General, Development and Technology, and Community and Cultural Affairs. We have a Premier's Council on Healthy Child Development that is comprised of individual Islanders. These are community people with a wide background and a variety of experiences that have to do with child development, and all of whom are parents and grandparents. There is also a Children's Working Group that includes the members of the Children's Secretariat, as well as community representatives who, in turn, represent various networks of people who are involved in the key areas of action defined by the strategy.

En ce qui a trait à l'intervention du fédéral dans le financement de recherche innovatrice en santé, j'estime qu'il s'agit d'un rôle important qui contribue à l'élaboration d'une base de connaissances solides et qui contribue à la prise de décisions basée sur des faits.

J'appuie également l'importance accordée au soutien financier pour l'évaluation de projets pilotes, puisque cela contribue à la viabilité du système de santé en favorisant et en facilitant l'innovation et en encourageant les réformes et le renouvellement. La diffusion des résultats est un autre élément clé qui découle de la participation à des projets financés par le gouvernement fédéral.

Mme Fraser y a fait allusion dans son mémoire: un des empêchements à l'évaluation complète des projets pilote est lié à la brièveté des périodes visées par le financement des projets de recherche fédéraux. Il faudrait donc accroître la souplesse et prévoir suffisamment de temps pour l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation du programme et pour la dissémination des résultats.

Je suis heureuse d'avoir eu la possibilité de vous entretenir de plusieurs de nos projets innovateurs qui ont été rendus possibles grâce au financement fédéral, et de vous présenter mon point de vue sur certaines des questions et options soulevées dans votre rapport.

Mme Kathleen Flanagan-Rochon, coordonnatrice des services communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Mesdames et messieurs les sénateurs, les observations que je ferai aujourd'hui portent sur deux aspects particuliers du rôle fédéral dans le domaine de la santé, c'est-à-dire le rôle du gouvernement fédéral concernant la santé de la population et le financement de la recherche innovatrice. Mes observations toucheront également la Stratégie de développement des enfants en santé de l'Île-du-Prince-Édouard. En tant que directrice du Secrétariat des enfants, je participe à cette stratégie. Notre expérience de travail avec Santé Canada et DRHC nous donne une certaine perspective. Notre Stratégie de développement des enfants en santé est basée sur l'expérience. Nous avons tenu des consultations à l'échelle de la province et intégré les résultats à ceux d'une consultation faite dans le cadre du Programme d'action nationale pour les enfants. Les valeurs et notre vision de notre propre stratégie provinciale ont donc été élaborées à partir du programme national.

Notre stratégie n'est pas qu'une stratégie gouvernementale: c'est plutôt un partenariat entre le gouvernement et la collectivité. Cinq ministères de la province y ont participé, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, le Bureau du Solliciteur général, le ministère du Développement et de la technologie et le ministère de la Collectivité des affaires culturelles. Nous avons également le Council on Healthy Child Development dirigé par le premier ministre et qui compte des Prince-Édouardiens. Ce sont des gens de la collectivité ayant une formation et des expériences variées en rapport avec le développement des enfants et qui sont soit grands-parents, soit parents. Nous avons aussi un groupe de travail pour les enfants formé de membres du Secrétariat des enfants, de même que de représentants de la collectivité qui représentent

The components of our strategy are compatible with the four components of Canada's Early Childhood Development Initiative which was described in a first ministers communiqué of September, 2000. There is tremendous excitement and enthusiasm, both within government departments and in our communities, about the potential of the strategy. There is evidence to indicate that if we invest in the early years, we can make a real difference in how children perform in school, and in how many young people graduate from school and develop a life-long attitude towards learning. We understand the links between early childhood development and crime prevention. We know that the early years set the stage for health lifestyles and overall good health, and we know that early experiences have a life-long impact on how we form future relationships and how individuals become contributing members of society.

The federal government has actually played a key role in informing provinces such as P.E.I. about the importance of the early years. The National Longitudinal Survey of Children and Youth has given Canadians comprehensive and reliable information about how Canadian children are developing.

The challenge that we face in implementing this strategy in Prince Edward Island is in moving resources from remedial and acute care services to investments in young children and their families. We describe it as moving from a propeller plane to a jet, in the middle of the flight. Your report addresses some of these issues and recognizes the role that the federal government plays in supporting this kind of work, particularly with respect to the determinants of health.

In Prince Edward Island, we have begun to address some of the barriers that you have identified in your report and we have had increasing success with this. We have begun to develop inter-ministerial responsibility for healthy child development. This has not been an easy task, and we continue to nurture those relationships and partnerships among the five departments, with our health regions, with RCMP, community groups, municipalities, service organizations, and the list goes on.

Our challenge is in moving the resources. It is not merely a lack of political will, as was described in your report, and it is not just that some services are entrenched. I recently heard a Minister of Health from another province talk about political will, and he described political will as not being the will of politicians but the will of the people, and I am fairly confident that most of the people in this room today would agree that it is important that we move our investments from the high-end needs and into those early years, so that we begin to reduce our need for those high-end services. However, our attitudes would quickly change if we had a parent, a child or if we ourselves needed the services of the health care system, and that is where we are in the middle of the flight.

divers réseaux et qui sont actifs dans les domaines d'activité clés définis dans la stratégie.

Les éléments de notre stratégie sont compatibles avec les quatre éléments de l'Initiative de développement de la petite enfance du Canada, décrite dans un communiqué des premiers ministres émis en septembre 2000. Le potentiel de la stratégie suscite beaucoup d'enthousiasme dans les ministères et dans nos collectivités. Il semblerait qu'un investissement dans les premières années de l'enfance peut faire une différence réelle dans le rendement scolaire des enfants et sur le nombre de jeunes qui obtiendront un diplôme et qui auront une attitude favorable vis-à-vis l'apprentissage tout au long de leur vie. Nous comprenons qu'il existe des liens entre le développement de la petite enfance et la prévention du crime. Nous savons aussi que les premières années préparent des styles de vie sains et une bonne santé générale, et nous savons que les expériences de la petite enfance ont des répercussions durables sur la façon dont nous établissons des rapports dans le futur et sur la façon dont les personnes contribuent à la société.

Le gouvernement fédéral a joué un rôle clé pour informer les provinces comme l'Île-du-Prince-Édouard sur l'importance de la petite enfance. L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes a permis aux Canadiens d'obtenir des renseignements complets et fiables sur la façon dont se développent les enfants canadiens.

À l'Île-du-Prince-Édouard, la mise en oeuvre de la stratégie suppose de déplacer des ressources qui passent des services des mesures correctives et des services de soins actifs à des investissements pour les jeunes enfants et leurs familles. Nous nous plaisons à dire que nous passons d'un avion à hélice à un jet, en plein vol. Votre rapport aborde certaines de ces questions et reconnaît le rôle que joue le gouvernement fédéral pour appuyer ce genre de travaux, particulièrement en ce qui a trait aux facteurs de santé.

À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons commencé à aborder certains des obstacles dont traite votre rapport et nous connaissons de plus en plus de succès à ce chapitre. Nous avons commencé à élaborer une responsabilité interministérielle pour le développement de la petite enfance. Ce ne fut guère facile, mais nous continuons d'entretenir ces rapports et ces partenariats avec les cinq ministères, avec nos régions sanitaires, avec la GRC, avec des groupes communautaires, avec des municipalités, avec des organisations de services, et ainsi de suite.

La difficulté est de déplacer les ressources. Ce n'est pas faute de volonté politique, comme le mentionne votre rapport, mais certaines attitudes sont bien ancrées. Récemment, j'ai entendu le ministre de la Santé d'une autre province parler de volonté politique; selon lui, la volonté politique n'est pas celle des politiciens, mais celle de la population. J'espère bien que la plupart des personnes qui sont dans cette pièce aujourd'hui conviendraient de l'importance d'investir non seulement dans les besoins de haut de gamme, mais aussi dans les années de la petite enfance, afin de commencer à réduire nos besoins pour ces services de haute gamme. Toutefois, notre attitude changerait rapidement si un parent, un enfant ou nous-mêmes avions besoins

The federal government does have a role to play because provinces cannot do it alone. Provinces need funding to make those transitions. Provinces need to maintain their health systems in order to respond to the health needs of their citizens, but at the same time they need to invest in health promotion and prevention strategies to reduce the need for those expensive services. Funding needs to be long term and stable. We will not see that shift in the need for services for a number of years, and funding for those transitions should be integrated with long term evaluation to demonstrate the effectiveness of population health approaches.

I would like to briefly touch on Canada's Early Childhood Development Initiative which was described, as I mentioned, in the first ministers communiqué on Early Childhood Development. This initiative is supported with substantial federal funding. There is an amount of \$2.2 billion over the next five years to be transferred to provinces and territories. Funding is allocated to provincial and territorial governments based on the formula used for CHST transfers.

As part of the agreement, jurisdictions have agreed to report annually on progress. Per capita funding, however, does not recognize the core costs for developing programs, nor does it recognize the core costs for developing systems of reporting. Often, smaller jurisdictions do not have the community level infrastructure to support improvements at the local level. It will be difficult to demonstrate progress in improving child outcomes and access to programs without a base funding level to support significant change.

There is a federal precedent for a different approach. In the early 1990s, the federal government introduced the Community Action Program for Children. Funding was available to develop community based programs for young children and their families. However, this program recognized that there are core costs associated with mounting successful programs that were not dependent on population size. The Community Action Program for Children, or CAPC, is managed by Health Canada. This program developed a funding formula that provided a base amount to each jurisdiction, and the balance of available funds were then allocated on a per capita basis.

In P.E.I., this program funds seven family resource centres, each of which have numerous outreach sites in small communities. This would not have been possible if funding were on a per capita basis. The Atlantic regional evaluation of this program demonstrated that these programs are very effective, and in Prince Edward Island the programs were so successful that when Canada introduced the Canada Prenatal Nutrition Program a few years later, it was decided jointly with Health Canada that all the

de services de santé. C'est pourquoi je dis que la transition doit se faire en plein vol.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer parce que les provinces ne peuvent agir seules. Elles ont besoin de financement pour faire la transition. Les provinces doivent maintenir leurs systèmes de santé afin de pouvoir répondre aux besoins de santé de leur population, mais en même temps elles doivent investir dans la promotion de la santé et les stratégies de prévention afin de réduire le recours à des services coûteux. Il faut un financement à long terme et stable. Il faudra un certain nombre d'années avant de voir une évolution des besoins de services, et le financement pour cette période de transition devrait être associé à une évaluation à long terme visant à démontrer l'efficacité des approches en matière de santé de la population.

J'aimerais aborder brièvement l'Initiative de développement de la petite enfance du Canada qui, comme je l'ai mentionné, est décrite dans le communiqué des premiers ministres sur le développement de la petite enfance. Cette initiative bénéficie d'un appui financier fédéral important. Quelques 2,2 milliards de dollars seront transférés aux provinces et aux territoires au cours des cinq prochaines années. Ces fonds sont alloués aux gouvernements provinciaux et territoriaux sur la base de la formule de calcul du TCSPC.

Les secteurs de compétence qui ont signé l'entente conviennent de rendre compte à chaque année des progrès accomplis. Toutefois, le financement par habitant ne tient pas compte des coûts de base pour l'élaboration du programme et ne reconnaît pas non plus les coûts de base pour l'élaboration de systèmes de rapport. Bien souvent, les plus petits secteurs de compétence n'ont pas l'infrastructure communautaire nécessaire pour soutenir les améliorations au niveau local. Il sera donc difficile de démontrer les progrès dans l'amélioration chez les enfants et l'accès aux programmes sans un niveau de financement de base à l'appui des changements importants.

Il y a un précédent fédéral en faveur d'une approche différente. Au début des années 90, le gouvernement fédéral a lancé le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE). Le financement offert visait à élaborer des programmes communautaires pour les jeunes enfants et leurs familles. Toutefois, ce programme reconnaissait l'existence de coûts de base associés à l'élaboration de programmes utiles qui ne dépendaient pas de l'importance de la population. Santé Canada, qui gère le PACE, a élaboré une formule de financement qui accorde un montant de base à chaque secteur de compétence; la balance des fonds disponibles est ensuite allouée en fonction du nombre d'habitants.

Dans notre province, le programme permet de financer sept centres de ressources familiales ayant chacun de nombreux centres locaux dans les petites collectivités. Cela n'aurait pas été possible avec un financement basé sur le nombre d'habitants. L'évaluation régionale du programme dans la région atlantique a montré que les programmes sont très efficaces. Les programmes exécutés à l'Île-du-Prince-Édouard ont connu tellement de succès qu'une décision conjointe a été prise avec Santé Canada d'affecter tous

available funds would be directed to those existing CAPC programs.

Right now, P.E.I. receives more funding through CAPC than it does through the Early Childhood Development Initiative. While the ECDI funding is scheduled to increase over the next five years, because it is tied to CHST funding allocation formulas it may actually decrease in Prince Edward Island in years three to five. Prince Edward Island is not the only jurisdiction to face the prospect of decreased funding for this program over the next number of years.

Thus the recommendation that we are making is that funding formulas need to address the realities of smaller jurisdictions in developing programs and accountability and evaluation systems. The funding formula used by the Community Action Program for Children is an excellent example of a formula that enables jurisdictions to mount programs that will actually make a difference.

I have a couple of comments on the federal role in research and evaluation. In 1998, Health Canada's Health Transition Fund provided funding to Prince Edward Island for the Autism Integration Project. This was jointly sponsored by the pediatric clinic of the Queen Elizabeth Hospital and the Child, Family and Community Services Division of our department. The sponsors of the project determined that the development of and a rationale for an integrated provincial model of service delivery would provide useful information to other provinces faced with the same issues.

Over the course of the project, interest in autism and its treatment increased considerably across Canada, and in fact across North America. We face many challenges over the course of this project. The nature, extent and cost of training required to increase provincial capacity was grossly underestimated. The need for training to a broader range of people was not anticipated. The expectations of parents for intensive interventions beyond the preschool period has had a significant impact on many of our services. However, without the funding from Health Canada to begin that journey, we would never have learned or had the opportunity to experience and meet those challenges.

Our experience with this project gives us an opportunity to reflect on the federal role in funding health research and evaluation, and we would like to suggest that provinces need to have some discretion in determining the nature of the research needed at the provincial level. We needed to explore approaches to early intervention services for children with autism. We were able to frame this within the structure and priorities for the Health Transition Fund, that is, integrated service delivery systems. As Ms Fraser mentioned in some of her comments, funding for such projects needs to consider the period of time required to successfully mount a pilot project, implement evaluation frameworks and conduct meaningful evaluation. In the case of this

les fonds disponibles à ces programmes PACE lorsque le Canada a lancé son Programme de nutrition prénatale quelques années plus tard.

L'Île-du-Prince-Édouard reçoit actuellement davantage de financement par l'entremise du PACE que dans le cadre de l'Initiative de développement de la petite enfance. Bien qu'il soit prévu que le financement de cette initiative augmente au cours des cinq prochaines années, il se pourrait fort bien qu'il diminue à l'Île-du-Prince-Édouard entre la troisième et la cinquième année parce qu'il est lié aux formules d'allocation du financement du TCSPC. Notre province n'est pas le seul secteur de compétence menacé d'une diminution de financement pour ce programme au cours des années qui viennent.

Nous recommandons donc que les formules de financement tiennent compte de la situation réelle des plus petits secteurs de juridiction dans l'élaboration de programmes et la responsabilisation de même que les secteurs d'évaluation. La formule de financement utilisée pour le Programme d'action communautaire pour les enfants est un excellent exemple d'une formule qui permet aux secteurs de compétence d'élaborer des programmes qui donneront des résultats concrets.

Je passe maintenant au rôle du gouvernement fédéral en recherche et en évaluation. En 1998, l'Île-du-Prince-Édouard a bénéficié pour son projet d'intégration des enfants autistiques d'un financement versé par le Fonds canadien pour l'adaptation des services de santé. Il s'agissait d'un programme parrainé conjointement par la clinique pédiatrique du Queen Elizabeth Hospital et la Division des services à l'enfance, à la famille et à la collectivité de notre ministère. Les parrains du projet ont déterminé que l'élaboration et la justification d'un modèle provincial intégré de prestation de services fourniraient des renseignements utiles aux autres provinces confrontées aux mêmes problèmes.

Le projet a permis d'accroître considérablement l'intérêt pour l'autisme et son traitement au Canada et partout en Amérique du Nord. Le projet pose de nombreux défis. La nature, la durée et le coût de la formation requise pour accroître la capacité provinciale ont été grossièrement sous-estimés. La nécessité de donner une formation à un plus grand nombre de personnes n'a pas été anticipée non plus. Les attentes de parents qui veulent des interventions massives au-delà de la période préscolaire ont eu des répercussions importantes sur plusieurs de nos services. Toutefois, sans la participation initiale de Santé Canada, nous n'aurions jamais pu apprendre à connaître et à relever ces défis.

L'expérience acquise avec ce projet nous a amenés à réfléchir sur le rôle du gouvernement fédéral dans le financement de la recherche et de l'évaluation en santé. Selon nous, les provinces doivent avoir un certain niveau de discrétion pour déterminer la nature et le type de recherche nécessaire au niveau provincial. Il nous fallait explorer des approches à des services d'intervention hâtifs pour les enfants autistiques. Nous sommes parvenus à intégrer ce travail à la structure et aux priorités du Fonds pour l'adaptation des services de santé, c'est-à-dire aux systèmes de prestation des services intégrés. Comme l'a mentionné Mme Fraser dans ses observations, le financement de tels projets doit tenir compte du temps nécessaire pour bien établir un projet

project, 18 months was a very short period of time to be able to successfully monitor improved outcomes for children. While we were able to use anecdotal evidence and a review of parent records, we were not able to scientifically measure child outcomes with pre-imposed testing.

We are also involved quite closely with HRDC in a province-wide research project called Understanding the Early Years. This project research examines developmental profiles of five-year-old children, and then analyzes those results within the context of their families and communities. The research provides P.E.I. not only with some good baseline data on indicators of readiness as we launch our own strategy but also this data can be broken down to be relevant at the community level. This means that communities from Souris to Montague to Charlottetown to O'Leary are able to look at how some of their community factors and family relationships affect children in those specific communities.

The availability of this information is an extraordinary step for P.E.I. Because of our small population size, often research findings are not statistically significant for Prince Edward Island, and so we often need to rely on aggregated data for the Atlantic region. This type of research not only provides us with good data but also allows us to look at some of the predictors of health and good development, and look at the relevancy of those for P.E.I.

The data from this project has some surprises. In your report, you talk about many experts agreeing that socio-economic status constitutes the most powerful influence on health. We agree, and we can see the impact of varying levels of socio-economic status within our own province and the impact on children and families. However, the data from this research has shown that socio-economic status can be mediated by other factors.

One of the other components of this research project was a community mapping study, and this study confirms many of the things that we have already known about Prince Edward Island: that, compared to the rest of Canada, family income, educational status and employment are not as high as in other provinces. Our low scores on socio-economic status would predict that P.E.I. children would not do as well as children from other places with higher levels of socio-economic status. However, P.E.I. children have, on average, scored significantly higher in all areas of development that are measured by this research. Thus in health, social competence, emotional maturity, language and cognitive development, communication and general knowledge, we have scored higher than children in each of the other sites that are in place across Canada to do this research.

pilote, mettre en place les cadres d'évaluation et faire une évaluation utile. Dans le cas de ce projet particulier, les 18 mois alloués n'ont pas véritablement suffi à bien suivre l'amélioration des résultats pour les enfants. Nous avons pu utiliser des éléments de preuve anecdotiques et examiner les registres tenus par les parents, mais nous n'avons pas pu mesurer de manière scientifique les résultats de tests préalables obligatoires.

Nous avons également collaboré étroitement avec DRHC à un projet de recherche provincial portant sur la compréhension de la petite enfance. Il s'agissait d'examiner le profil du développement des enfants de cinq ans, puis d'analyser les résultats dans le contexte familial et communautaire. Cette recherche permet à l'Île-du-Prince-Édouard d'obtenir de bonnes données de référence sur les indicateurs de niveau de préparation au moment où nous nous apprêtons à lancer notre propre stratégie, et qui plus est, ces données peuvent être détaillées jusqu'au niveau communautaire approprié. Ainsi, les collectivités de Souris à Montague, à Charlottetown et à O'Leary peuvent voir comment certains facteurs communautaires et rapports familiaux affectent les enfants dans ces collectivités particulières.

L'accessibilité à ces renseignements est une étape extraordinaire pour l'Île-du-Prince-Édouard. Parce que la population de la province n'est pas très importante, il arrive fréquemment que les résultats des recherches n'aient pas d'importance au plan statistique pour l'Île-du-Prince-Édouard, de sorte que nous devons souvent compter sur des données cumulatives pour la région de l'Atlantique. Ce type de recherche nous donne de bonnes données et nous permet aussi d'examiner certaines variables explicatives de la santé et du bon développement, et d'en établir la pertinence pour l'Île-du-Prince-Édouard.

Les données issues de ce projet comportent certaines surprises. Vous parlez dans votre rapport des nombreux experts qui conviennent que la situation socioéconomique constitue l'influence la plus déterminante sur la santé. Nous en convenons et nous pouvons observer les répercussions des divers niveaux de situation socioéconomique au sein de notre province et les effets sur les enfants et leurs familles. Toutefois, les données de cette recherche montrent que d'autres facteurs peuvent atténuer la situation socioéconomique.

Le projet de recherche comporte aussi un volet d'étude cartographique de la collectivité qui a permis de confirmer plusieurs des éléments que nous connaissions au sujet de l'Île-du-Prince-Édouard: comparativement au reste du Canada, le revenu familial, le niveau d'éducation et l'emploi ne sont pas aussi élevés que dans les autres provinces. Nos faibles résultats au plan socioéconomique laisseraient entendre que les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard n'auront pas autant de succès que les enfants d'autres régions où le niveau socioéconomique est plus élevé. Toutefois, les enfants de notre province ont obtenu en moyenne des résultats bien supérieurs dans tous les autres secteurs de développement, tels que mesurés lors de la recherche. C'est ainsi qu'au plan de la santé, des compétences sociales, de la maturité émotive, du langage et du développement cognitif, de la communication et des connaissances générales, nous avons obtenu des résultats plus élevés que ceux des enfants de chacun des autres centres où une telle recherche se poursuit au Canada.

Because this research is multi-faceted, that is it considers not only those children's developmental scores but also within the context of family influences in the community context, we have learned that P.E.I. has also scored significantly higher than any of the other sites in social cohesion. It appears that P.E.I.'s high scores in social cohesion and community safety have had a positive impact on our children and how they develop. This is important information for us to know because it demonstrates that we have strengths to build on, and these findings are also borne out in the NLSCY data on a national level.

Your report underlines the complexity of the determinants of health and in taking a population health approach. This research with Understanding the Early Years that is managed by Health Canada's Applied Research Branch is an example of how we can begin to address that complexity. A study that examined any one of those individual components on its own would not have provided us with the richness of the information that we have learned.

One of the things that has also come out of this research, and it supports some of the comments that you have in your report, is that our Community Advisory Committee, which is supporting this research, has identified that this research data would only be important if communities were able to use it, and that we needed to understand how communities respond to that type of information. This began a series of discussions with HRDC, with the result that our provincial Early Childhood Development Association continues to be funded by HRDC to disseminate the research to Island communities, and also to evaluate how communities respond to that research data.

We believe that the federal government should be commended for taking this comprehensive approach to this research activity, and we would like to highlight the importance of ensuring that research activities address the complexity and multiplicity of factors inherent in a determination of health approach, and also the need for a comprehensive approach in order that the research data is useful for communities, and supports both policy development and community action.

In conclusion, I would just like to echo some of the comments that have been made earlier, that P.E.I. presents a unique opportunity to the federal government for piloting some innovative practices. Because of the size of P.E.I.'s population and the geographic proximity of our communities, our province provides a unique opportunity and advantages, both to the province and to the federal government. Our university has a very active Children's Health Applied Research Team. They have been partnering with us in a number of initiatives. I would like to say that we encourage you to consider the opportunity that this presents not only for our province but also for the federal government.

In closing, I would like to thank you for the opportunity to present to your committee today.

Comme cette recherche comporte de nombreux aspects, c'est-à-dire qu'elle ne considère pas que les résultats des enfants au plan du développement, mais aussi dans le cadre des influences familiales dans le contexte communautaire, nous avons pu apprendre que l'Île-du-Prince-Édouard a obtenu des résultats de beaucoup supérieurs à ceux des autres centres en matière de cohésion sociale. Il semble que ces résultats élevés au chapitre de la cohésion sociale et de la sécurité communautaire aient eu des répercussions positives sur nos enfants et sur leur développement. Il s'agit là d'un renseignement important pour nous parce qu'il démontre que nous avons des points forts et que les résultats sont conformes aux résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes menée à l'échelle nationale.

Votre rapport souligne la complexité des déterminants pour la santé et de l'approche à la santé de la population. La recherche sur la compréhension de la petite enfance, administrée par la Direction générale de la recherche appliquée de Santé Canada, est un exemple de la façon de commencer à aborder cet aspect complexe. Une étude qui a examiné l'un ou l'autre composant individuel n'aurait pu fournir toute la gamme de renseignements que nous avons pu dégager.

En plus de corroborer certaines des observations contenues dans votre rapport, ce projet de recherche a permis à notre comité consultatif communautaire de constater que les données issues de la recherche seront importantes seulement si les collectivités peuvent les utiliser et que nous devons comprendre comment les collectivités réagiront à ce type d'information. Cela a donné naissance à une série de discussions avec DRHC qui ont eu pour résultat que le ministère maintient son financement à notre association provinciale Early Childhood Development Association pour la diffusion des résultats de la recherche aux collectivités de l'Île et aussi pour évaluer la façon dont les collectivités réagissent aux données de recherche.

Il faut féliciter le gouvernement fédéral d'avoir retenu cette approche globale pour ce projet de recherche, et nous aimerions souligner l'importance de faire en sorte que les projets de recherche abordent la complexité et la multiplicité des facteurs qui servent à déterminer l'approche à la santé et aussi la nécessité d'une approche globale pour que les données de recherche servent aux collectivités et sous-tendent l'élaboration de politiques de même que l'action communautaire.

Pour terminer, j'aimerais reprendre certaines des observations qui ont été faites plus tôt, c'est-à-dire que l'Île-du-Prince-Édouard offre une occasion unique au gouvernement fédéral de piloter des pratiques innovatrices. Compte tenu de la taille de sa population et de la proximité géographique de nos collectivités, notre province offre aux provinces et au gouvernement fédéral une occasion et des avantages uniques. Notre université compte un groupe très actif de recherche appliquée sur la santé des enfants. Cette équipe a établi un partenariat avec nous pour diverses initiatives. Nous vous encourageons à considérer l'opportunité que cela représente non seulement pour notre province, mais aussi pour le gouvernement fédéral.

Je vous remercie de l'occasion que vous nous fournissez de comparaître devant votre comité.

The Deputy Chairman: A lot of this information, as my colleague Senator Cook has said, is very valuable to us, and it supports much of the testimony that we have had, not only today and yesterday in Halifax but also in other parts of the country, that there is a unique P.E.I. example that we can perhaps apply to other jurisdictions. I would like to thank the witnesses on behalf of my colleagues, and invite the presenters for the next session to come to the table.

Ms Elise Arsenault, Coordinator, Evangeline Community Health Centre: I would like to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the opportunity to speak to committee members on Canada's health care system. My presentation will be made in English, but I invite committee members to ask questions in the language of their choice.

I will start by giving a very brief description of the Evangeline Community Health Centre, its philosophy, our experience with primary health care, as well as how we see this multi-disciplinary model as a catalyst in a population health approach.

The Evangeline Community Health Centre is part of the Child, Youth and Family program of East Prince Health, one of P.E.I.'s five regional health authorities. The ECHC works in partnership with the community to promote individual, family and community health and well-being. We serve a community of about 3,000 people, over half of whom are francophone Acadians. The bilingual staff provides services to clients residing in Lots 14, 15 and 16 in the Prince County area. We are physically located in Wellington.

A public health nurse, a speech and language pathologist, a mental health counsellor, a receptionist-secretary and a coordinator form our multi-disciplinary team. The centre has become the access point to health information and resources. Our multi-disciplinary team works with the community to provide programs and services with an increased emphasis on health promotion and illness prevention. I have circulated to members of the committee a three page hand-out which describes the centre model in more length.

The idea of a health centre for the Acadian community originated from the Coopérative de santé Évangéline in the early 1980s. The Co-op wanted to increase health services in the area. They put forth a proposal to the provincial government for a pilot community health centre project. Although the province seemed interested, it was East Prince Health that began implementing the Evangeline Community Health Centre. In 1995, a steering committee was set up to develop the community needs assessment. In 1996, the Evangeline Community Health Centre came into being.

The Community Health Centre's Working Group endorsed the following three philosophies for the implementation and the day-to-day operations of the Evangeline Community Health Centre. These philosophies include: community development,

La vice-présidente: Comme l'a dit le sénateur Cook, une bonne partie de ces renseignements nous sont très utiles puisqu'ils appuient une grande partie des témoignages entendus non seulement aujourd'hui et hier à Halifax, mais ailleurs au pays, c'est-à-dire que l'exemple particulier de l'Île-du-Prince-Édouard pourrait peut-être s'appliquer dans d'autres secteurs de compétence. Je tiens à remercier les témoins au nom de mes collègues et j'invite les présentateurs du groupe suivant à s'approcher.

Mme Elise Arsenault, coordonnatrice, Centre de santé communautaire Évangéline: Je tiens à remercier le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie de nous offrir la possibilité de nous entretenir avec ses membres du système de santé au Canada. Je ferai mon exposé en anglais, mais j'invite les membres de votre comité à me poser des questions dans la langue de leur choix.

Je vous donnerai d'abord une très brève description du Centre de santé communautaire Évangéline, de sa philosophie, de son expérience en matière de soins de santé primaires et aussi de sa vision de ce modèle pluridisciplinaire comme catalyseur d'une approche de santé de la population.

Le Centre de santé communautaire Évangéline fait partie du Programme de l'enfance, de la jeunesse et de la famille du East Prince Health Authority, l'une des cinq autorités sanitaires régionales de l'Île-du-Prince-Édouard. Le CSCE travaille en partenariat avec la collectivité pour la promotion de la santé et du mieux-être des personnes, de la famille et de la collectivité. Nous desservons une collectivité d'environ 3 000 personnes, dont la moitié sont des Acadiens francophones. Le personnel bilingue offre des services à une clientèle qui habite les lots 14, 15 et 16 du comté Prince. Nous sommes situés dans Wellington.

Notre équipe pluridisciplinaire compte une infirmière de santé publique, un orthophoniste, un conseiller en santé mentale, une réceptionniste-secrétaire et un coordonnateur. Le Centre est devenu le point d'accès à des renseignements et des ressources sur la santé. Notre équipe pluridisciplinaire offre à la collectivité des programmes et des services qui mettent de plus en plus l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. J'ai remis aux membres de votre comité un document de trois pages qui décrit plus en détail le modèle du centre.

L'idée d'un centre de santé pour la collectivité acadienne vient de la Coopérative de santé Évangéline et remonte au début des années 80. Comme la coopérative souhaitait améliorer les services de santé dans la région, elle a soumis au gouvernement provincial une proposition de projet pilote de santé communautaire. Même si la province semblait intéressée par le projet, l'autorité sanitaire de East Prince a commencé à jeter les bases du Centre de santé communautaire Évangéline. Un comité directeur a été créé en 1995 pour préparer l'évaluation des besoins de la collectivité et le Centre de santé communautaire Évangéline a vu le jour en 1996.

Le groupe de travail sur le Centre de santé communautaire a adopté les trois éléments suivants pour sa philosophie de mise en oeuvre et pour le fonctionnement au jour le jour du Centre de santé: développement communautaire, soins primaires et centre de

primary health care and a community health centre. Copies of these philosophies have also been distributed.

Here are a few examples experienced by the staff at the centre that reflect these philosophies: First of all, I will talk about this beautiful little four-year-old girl who presented herself to the public health nurse for assessment. Her speech was very hoarse and hard to comprehend. The public health nurse refers her to the speech and language pathologist. The assessment by the SLP showed enlarged nodules caused by voice abuse. The parents of this young girl were going through a divorce, and the child began showing anger. She was referred to the mental health counsellor, who addressed these emotional issues with the child. Within six months, her voice returned to normal and the SLP services were closed. A year later, she was no longer on the mental health counsellor's caseload. If this little girl had not come into this multi-disciplinary service delivery model, her health outcome could have been very different. In a case such as this one, the child would normally have gone through surgery. The nodules would have been removed but the overall health outcome of this child and her family would have been very different. This is a great example on how we see primary health care reform.

Another example of how we work with that philosophy would be the community addressing the needs for CPR courses for parents with young children, as well as parenting sessions. Those were identified by the community. The health centre became a catalyst and began providing the service. Today, these are being provided by other community groups. Our current programs reflect the community development philosophy, as well as the community health centre philosophy. We are currently undertaking partnerships in the area of prevention of Type 2 Diabetes, teaching skills of empathy to pre-schoolers through the Fair Play Project, working with the local crime prevention group, addressing areas of early childhood development, et cetera.

I can safely say that the Evangeline Community Health Centre is consistent with the vision of primary health care as described in the Senate report. We are strongly integrated within the community and are becoming more integrated within the larger health care system. We believe in the multi-disciplinary approach and its benefits to both the clients and the staff. Health promotion and prevention activities are our best low-cost investment for increased health outcomes.

By working as a multi-disciplinary team, we become more client-centred and treat symptoms in a more holistic way. With a community health centre model, primary health care services are delivered in the community based on community needs. Thus, this model has implications beyond primary health care since the centre quickly becomes a catalyst for partnerships and new initiatives which strengthen community capacity and health.

santé communautaire. Des copies de ces trois aspects ont aussi été distribuées.

Voici quelques-unes des expériences vécues par le personnel du centre qui reflètent bien ces aspects de la philosophie. Je vous parlerai d'abord de la jolie petite fille de quatre ans qui a vu une infirmière de santé publique pour une évaluation. Elle parlait d'une voix très rauque et son discours était difficile à comprendre. L'infirmière l'a référée à un orthophoniste qui, après évaluation, a constaté la présence de nodules hypertrophiées attribuables à un usage abusif de la voix. L'enfant avait commencé à manifester des signes de colère alors que ses parents vivaient un divorce. On l'a référée à un conseiller en santé mentale qui a commencé à aborder ces questions émotives avec l'enfant. Après six mois, sa voix avait retrouvé un ton normal et on a abandonné les services de l'orthophoniste. Un an plus tard, elle ne faisait plus partie des cas du conseiller en santé mentale. Si cette petite fille n'avait pas été prise en charge par ce modèle de prestation de services pluridisciplinaire, l'évolution de sa santé aurait pu être très différente. Dans un cas comme celui-ci, l'enfant aurait normalement dû subir une intervention chirurgicale. Les nodules auraient été enlevées mais les effets d'ensemble sur la santé de l'enfant et sur sa famille auraient été très différentes. Voilà un exemple de la façon dont nous concevons la réforme des soins primaires.

Un autre exemple de la façon dont nous travaillons dans ce contexte serait pour la collectivité d'aborder les besoins de cours de RCR pour les parents ayant de jeunes enfants, de même que des séances de formation sur le rôle parental. Ces besoins ont été identifiés par la collectivité. Le centre de santé est devenu un catalyseur et a donc commencé à offrir les services. Aujourd'hui, d'autres groupes communautaires les offrent. Nos programmes actuels reflètent la philosophie de développement de la collectivité, de même que la philosophie d'un centre de santé communautaire. Nous sommes à établir des partenariats pour la prévention du diabète non insulino-dépendant, le développement de l'empathie chez les enfants d'âge préscolaire dans le cadre du projet Fair Play, le travail avec un groupe local de prévention du crime, les aspects du développement de la petite enfance, et cetera.

Je puis dire sans me tromper que le Centre de santé communautaire Évangéline respecte la vision de soins primaires décrite dans le rapport du Sénat. Nous sommes très fortement intégrés à la collectivité et nous devenons plus intégrés encore dans le cadre plus large du système de santé. Nous croyons en cette approche pluridisciplinaire et à ses avantages pour les clients et pour le personnel. Les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies sont notre meilleur investissement à faible coût pour les résultats accrus au plan de la santé.

Grâce à l'établissement d'une équipe pluridisciplinaire, nous sommes mieux axés sur notre clientèle et nous traitons les symptômes de manière plus holistique. Avec ce modèle de centre de santé communautaire, les soins primaires sont offerts dans la collectivité en fonction des besoins de la collectivité. Par conséquent, le modèle a des retombées qui vont au-delà des soins primaires puisque le centre devient rapidement un catalyseur pour

To further enhance the population health approach through community health centres such as the Evangeline Community Health Centre requires increased surveillance, enhanced outcome measurement and further integration of medical service providers within current multi-disciplinary models. We need improved measurements in reporting of health trends and indicators of sub-populations: cultural, linguistic and geographic communities, especially in rural and remote areas. These are vital if we are to succeed in our population health approach. We cannot effectively monitor the health of our population if we do not have a clear health profile of those that we serve. For the Acadian and francophone population, this is vital for identifying the needs and measuring the outcome of our health promotion and illness prevention activities.

The role of the federal government is crucial in reforming the health care system. We must give health regions more data on the health of our population. Sometimes, sample sizes for P.E.I. are not very relevant when you look at the population as a whole. The federal government can play a role by increasing health surveillance and data collection.

I share the views of the standing committee on the role of the federal government as described in chapter 4 of the report on issues and options. However, I would like the federal government to make sure that French-speaking Canadians throughout Canada can have access to French services. The Consultative Committee for French-speaking Minority Communities has released in September 2001 a report to the federal Minister of Health that looks at the comprehensive intervention strategy to address access to French language health services in Canada. The federal government has a very important role in the implementation of this strategy. If we look at the determinants of health, we can assume that this population is more at risk for health problems than the population at large due to high unemployment, low education, high illiteracy rates, lack of health services, et cetera.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Ms Arsenault. That example of the four-year-old girl was very revealing.

Mr. David Riley, Chief Executive Officer, East Prince Health Authority: Madame Chair, on behalf of East Prince Health, I would like to welcome the committee to Prince Edward Island, and also take the opportunity to respond to the report and to your work. The comments in the paper that we have presented is really a look at your work from ten thousand feet.

d'autres partenaires et pour de nouvelles initiatives qui contribuent à renforcer la capacité et la santé de la collectivité.

Pour mieux développer l'approche de la santé de la population par l'entremise de centres de santé communautaires comme le Centre communautaire Évangéline, il faut améliorer la surveillance et la mesure des résultats et intégrer davantage les prestataires de services médicaux au sein des modèles pluridisciplinaires actuels. Nous avons besoin de moyens de mesure supérieurs pour rendre compte des tendances et des indicateurs de santé des sous-populations: communautés culturelles, linguistiques et géographiques, particulièrement dans les régions rurales et éloignées. Cela est essentiel si nous voulons que l'approche de santé de la population donne des résultats. Il nous est impossible de bien surveiller la santé de notre population si nous n'avons pu établir un profil de santé de notre clientèle. Dans le cas de la population acadienne et francophone, cela est essentiel pour bien connaître les besoins et mesurer les résultats de nos efforts de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Le gouvernement fédéral joue un rôle essentiel dans la réforme du système de santé. Nous devons fournir aux régions sanitaires davantage de données sur la santé de notre population. Il arrive que des échantillons de la taille de celui de l'Île-du-Prince-Édouard ne soient pas tout à fait pertinents par rapport à l'ensemble de la population, mais le gouvernement fédéral peut jouer un rôle en améliorant les activités de surveillance de la santé et de collecte de données.

Je partage le point de vue du comité permanent sur le rôle du gouvernement fédéral, tel qu'il est décrit au chapitre 4 du rapport sur les questions et les options. Toutefois, j'aimerais que le gouvernement fédéral s'assure que les Canadiens de langue française partout au Canada aient accès à des services en français. Le Comité consultatif des minorités de langue française a remis, en septembre 2001, un rapport au ministre fédéral de la Santé qui porte sur la stratégie d'intervention globale pour aborder la question de l'accès à des soins de santé en langue française au Canada. Le gouvernement fédéral a un rôle très important à jouer dans la mise en oeuvre de cette stratégie. Compte tenu des facteurs déterminants de la santé, nous pourrions supposer que cette population est plus à risque que l'ensemble de la population en raison d'un fort taux de chômage, de niveaux d'éducation moins élevés, de taux très élevés d'analphabétisme, du manque de services de santé, et ainsi de suite.

La vice-présidente: Merci beaucoup, Mme Arsenault. L'exemple que vous donnez de la petite fille de quatre ans est très révélateur.

M. David Riley, chef de la direction, East Prince Health Authority: Madame la présidente, au nom du East Prince Health Authority, j'aimerais souhaiter la bienvenue à votre comité à l'Île-du-Prince-Édouard et aussi profiter de l'occasion pour répondre à votre rapport et commenter vos travaux. Les observations contenues dans le mémoire que nous vous avons soumis représentent une vue aérienne prise à 10 000 pieds d'altitude.

As indicated in the documents that we have provided to you, our region employs approximately 1,100 people delivering service to approximately 30,000 residents with an annual budget of about \$52 million. We provide a wide spectrum of health and human services, and I am sure that you have heard through other presentations that we are a completely integrated health and social services system.

Essentially, regionalization was regarded as the essential aspect of health reform and health care in Prince Edward Island, and you have probably heard about this, but many of the goals of regionalization have actually been achieved. Services are more integrated, many silos have been removed and a number of efficiencies have been found. However, there are some observations in your report that are particularly challenging to us: Outcomes measurement and evaluation of services, which implies room for improvement in accountability and evidence-based decision making; health human resources, including shortage of clinical practitioners, as well as the requirement for evidence-based decision making and health system management skills; population health and primary care design that would overcome existing predefined scopes of clinical practice for health professionals which limit their ability to do work for which they are trained.

As well, and others have made the same comment, the sustainability of the public funded health system appears to be at stake. We would point out that the sustainability of the system will hinge at least as much on its response to the requirements for evidence-based decision making, accountability, human resources, population health and primary care reform as it will on finding new mechanisms for funding. Without improvements in the former, it is not likely that changes in the latter will improve current results. Rather, it is probable that costs will continue to escalate, spiralling beyond our ability to pay.

Your paper has thoroughly identified many options which might contribute to the sustainability of the system. In order to rank and prioritize these options, however, we must be clear on the fundamental purposes of the publicly funded system. In your paper, you indicate that the primary care sector should become more like the 21st century service industry. We agree that there is much to be learned from the private sector. However, we must not confuse operational processes with fundamental purposes, for this tends to confuse an already complex discussion.

The goals of private and public sector enterprises are fundamentally different. In the private sector, resources are invested by or on behalf of the owner or shareholders in order to realize a profit. In the public sector, resources are invested on behalf of citizens to achieve some commonly held public good. Social goods are not as easy to define as profit, especially when they involve such intangibles as individual and community health and their determinants. Even worse, it is sometimes easy to confuse the investment with the result. For example, investments made in quality — such as shortened waiting times, efficient

Comme il est indiqué dans les documents que nous vous avons remis, notre région emploie environ 1 100 personnes pour la prestation de services à quelques 30 000 résidents, avec un budget annuel d'environ 52 millions de dollars. Nous offrons une vaste gamme de services de santé et de services humains, et je suis sûr que d'autres présentateurs vous ont précisé que nos services sont entièrement intégrés dans un réseau de services de santé et de services sociaux.

Au départ, la régionalisation était perçue comme l'aspect essentiel de la réforme de la santé et des soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard. Vous en avez sans doute entendu parler, mais de nombreux objectifs de la régionalisation ont pu être atteints. Les services sont mieux intégrés, une bonne partie du cloisonnement a pu être éliminée et des gains d'efficacité ont été réalisés. Toutefois, certaines observations contenues dans votre rapport sont particulièrement stimulantes pour nous: la mesure des impacts et l'évaluation des services, ce qui suppose une amélioration de la responsabilisation et de la prise de décisions basée sur des faits; les ressources humaines pour la santé, y compris le problème de la pénurie de spécialistes cliniques, de même que la nécessité de prises de décisions basées sur des faits et de compétences pour la gestion de systèmes de santé; la conception de soins de la population et de soins primaires qui permettrait de surmonter les modèles prédéfinis de pratiques cliniques pour des professionnels de la santé, qui limitent leur aptitude à faire ce pourquoi ils sont formés.

En outre, la viabilité du système de santé public semble être l'enjeu, comme d'autres vous l'ont dit. Nous aimerions souligner que la viabilité du système dépend tout autant de sa façon de réagir aux besoins pour la prise de décisions basée sur les faits, la responsabilisation, les ressources humaines, la santé de la population et la réforme des soins primaires que sur la découverte de nouveaux mécanismes pour le financement. Sans amélioration des premiers, il est peu probable qu'il y ait des changements concrets. Il est probable que les coûts continueront de grimper et qu'ils dépasseront bientôt notre capacité de payer.

Votre document décrit en détails plusieurs options qui pourraient contribuer à la viabilité du système. Avant de classer et d'établir les priorités de ces options, nous devons avoir une idée claire des buts fondamentaux d'un système financé par les deniers publics. Vous précisez dans votre document que le secteur des soins primaires devrait devenir l'industrie de services du XXI^e siècle. Nous convenons qu'il y a beaucoup à apprendre du secteur privé à ce sujet. Toutefois, il ne faut pas confondre les processus opérationnels et les buts fondamentaux, parce que cela tend à embrouiller un débat déjà complexe.

Les buts des entreprises du secteur privé et du secteur public diffèrent radicalement. Dans le secteur privé, les ressources sont investies par le propriétaire ou les actionnaires ou en leur nom, dans le but de réaliser un profit. Dans le secteur public, les ressources sont investies au nom des citoyens afin d'en arriver à un bien collectif. Les biens sociaux ne sont pas aussi faciles à définir que le profit, surtout lorsqu'il est question de biens aussi intangibles que la santé des personnes ou la santé communautaire et leurs déterminants. Pire encore, il est parfois facile de confondre l'investissement et le résultat. Par exemple, les

service, knowledgeable and courteous staff — is a means to achieve the fundamental purpose or result of the organization. In the private sector, investments in quality are made to achieve market advantage and, ultimately, profit. In the public sector, investments in quality are made to improve the public good, or health outcomes for individuals and communities.

There is obviously a close link between quality processes and good results. However, the distinction between means and ends is critical, for their confusion is a central aspect to our dilemma. As governments and public servants, our expertise is in improving systems and processes. We keep building better processes without asking how — and whether — these processes contribute to the best and most desirable results. Ultimately, when we get to the point where we must make trade offs, an inevitability in the face of finite resources, we have little or no basis for assessing the merit for competing interests. In the absence of an agreed-upon fundamental purpose, and quite often an absence of facts as well, ensuing debates, by necessity, are at best informed by ideology, and at worst by personal and professional self-interest.

A number of perceptions are widely shared by the public and many service providers concerning crisis points within the medical health care system. These may or may not be valid. What we would suggest is that Canadians need to have a discussion about the fundamental purpose of the health care system — what good, for whom, at what cost? With no clearly articulated statement of purpose or desired results, and in the absence of facts, options for improvement can only be based on assumptions and will be directed towards improving processes rather than results.

Many examples of high public concern are outlined in your report. I will use two examples, user fees and waiting lists, to illustrate some of the implications of trying to make decisions in the absence of facts and without agreements on intended results. We believe that similar implications are true in other areas.

With respect to user fees, there is an assumption that the adoption of user fees will stop waste and ensure better use of the system. However, research does not support this, and we have indicated that in our paper. It would appear that patient abuse is not the primary cost driver of the system. Research does show that user fees do not affect the cost of hospital services but they do affect how people access services. In areas where user fees have been applied, physician visits decreased for all people, with the largest decline for those with the lowest incomes. We would submit that user fees would not contribute significantly to the sustainability of the health care system and would tend to work to the detriment of the poor and the ill. Paradoxically, adoption of user fees could achieve results which are the exact opposite of those intended, wherein the system is faced with higher costs

investissements dans la qualité — comme les périodes d'attente réduites, l'efficacité du service, le personnel informé et courtois — sont une façon d'atteindre le but fondamental ou les résultats de l'organisation. Dans le secteur privé, l'investissement dans la qualité vise à obtenir un avantage commercial et, en bout de ligne, à réaliser des profits. Dans le secteur public, l'investissement dans la qualité vise à améliorer le bien public ou les résultats de santé pour les particuliers et les collectivités.

De toute évidence, il y a un lien étroit entre les processus de qualité et les bons résultats. Toutefois, il est essentiel de bien établir la distinction entre les moyens et la fin, parce que la confusion à ce chapitre est au cœur de notre dilemme. Les gouvernements et les fonctionnaires se servent de leurs connaissances pour améliorer le système et les processus. Nous améliorons sans cesse les processus sans nous demander comment — ni pourquoi — ces processus contribuent aux résultats les meilleurs et les plus souhaitables. En bout de ligne, quand vient le temps de faire des compromis, situation inévitable face à des ressources limitées, il nous reste peu de moyens d'évaluer les mérites des intérêts concurrentiels. Faute d'un but fondamental convenu au point de départ, et souvent en l'absence de faits, il s'ensuit des débats qui, par nécessité, sont guidés par l'idéologie et, dans le pire des cas, par des intérêts personnels et professionnels.

Le public et plusieurs prestataires de soins s'accordent largement quant à la perception d'un certain nombre de points de crise dans le système de soins de santé, à tort ou à raison. Selon nous, les Canadiens doivent avoir un débat sur le but fondamental du système de santé — qu'apporte-t-il de bon, pour qui et à quel prix? Sans déclaration clairement articulée du but ou des résultats souhaités, et en l'absence de faits, les options qui s'offrent pour les améliorations ne peuvent être fondées que sur les hypothèses et viseront surtout à améliorer les processus plutôt que les résultats.

Votre rapport donne plusieurs exemples des questions qui concernent vraiment le public. Je retiens deux exemples, ceux du ticket modérateur et des listes d'attente, pour illustrer quelques-unes des répercussions liées à la prise de décisions sans s'appuyer sur des faits et sans ententes sur les résultats visés. Selon nous, il y a des répercussions similaires dans d'autres domaines.

Par exemple, l'adoption du ticket modérateur serait censée mettre un terme au gaspillage et favoriser une meilleure utilisation du système. Toutefois, la recherche n'appuie pas cette hypothèse et nous l'avons mentionné dans notre mémoire. Il semblerait que l'abus de la part des patients ne constitue pas le facteur principal de l'escalade des coûts du régime. Par contre, la recherche montre que le ticket modérateur n'affecte pas le coût des services hospitaliers mais affecte plutôt la façon dont les personnes ont accès aux services. Là où le ticket modérateur a été appliqué, les visites chez le médecin ont diminué pour tous, la diminution la plus marquée étant enregistrée chez les personnes ayant le plus faible revenu. Nous soumettons que le ticket modérateur ne contribuerait pas vraiment à la viabilité du système de santé et qu'il serait plutôt au détriment des pauvres et des malades.

occurring as a consequence of treating increased acuity of conditions arising from delays in seeking treatments.

There is very little data currently available on waiting lists which can be used for good decision making. There are no standards in place for defining and measuring waiting lists, and as a result there are a variety of opinions. The publicly funded health system, like any service enterprise, must respond effectively and appropriately to client/patient needs. However, we must balance consumer expectations against our responsibility for delivering a public good on behalf of citizens. In a publicly funded health system with finite resources, we must base our decisions on what constitutes acceptable waiting times against the fundamental purpose of the system. This implies that standards should be established for each service with timeliness of access defined against acuity and immediacy of risk for the client/patient. If health outcomes are an essential result for which the health system is to be responsible, then the system must ensure that client/patient waiting times do not negatively impact this result. Waiting lists for some services may require drastic improvement. However, waiting times for other services, where there is no direct negative impact on health outcomes, may be entirely appropriate. In either case, sole reliance on public perceptions or consumer demand does not constitute good evidence for decision making.

While we recognize that it may be necessary to put in place new funding arrangements, we believe that without fundamental reform of the system such new arrangements may not improve current results or achieve sustainability. In short, if we base our decisions on perceptions rather than evidence, seek to improve processes rather than results, and not address the fundamental cost drivers, we condemn ourselves to a system that will continue to spiral financially out of control regardless of mechanisms for funding. We would agree that there may be a few steps required prior to settling the ultimate funding structure for the publicly funded health care system.

We have listed in our report, and I will not go through them, a series of steps that we would suggest should be implemented first before jumping to conclusions about what the solutions are for our system.

We have made some concrete suggestions to your committee, and I will just conclude by indicating that reform of the health care system is obviously a mammoth undertaking. Today, rather than preparing the dissertation presented here, it would have been far easier for us to have merely reviewed the list of options presented, and to have checked those which we favoured. However, this would have been a disservice to your committee.

In Canada, the fundamental purpose of the publicly funded health care system has not been clearly articulated nor, by extension, have its intended results been defined. In addition, we

Paradoxalement, l'adoption du ticket modérateur donnerait des résultats qui seraient à l'opposé de ce que l'on attend, parce que le système ferait face à des coûts plus élevés attribuables aux traitements plus poussés pour des problèmes de santé attribuables aux retards à consulter un professionnel de la santé.

Il existe fort peu de données sur les listes d'attente pouvant servir à la prise de décisions éclairées. Il n'y a pas non plus de normes pour définir et mesurer les listes d'attente, de sorte que les opinions varient grandement sur le sujet. Un système de santé financé par les deniers publics doit, comme toute entreprise de services, répondre de manière efficace et appropriée aux besoins des clients et des patients. Toutefois, nous devons trouver un équilibre entre les attentes des consommateurs et notre responsabilité d'offrir un service public au nom des citoyens. Dans un système de santé où les ressources sont limitées, nous devons baser nos décisions sur ce qui peut constituer un temps d'attente acceptable par rapport au but fondamental du système. Cela suppose l'établissement de normes pour chaque service et un délai d'attente raisonnable par rapport à la gravité et au caractère immédiat du risque pour le client/patient. Si les effets sur la santé sont un résultat essentiel dont le système de santé doit être responsable, le système doit donc s'assurer que le temps d'attente du client/patient n'a pas d'effet nuisible sur ce résultat. Dans le cas de certains services, il faudrait apporter des changements majeurs aux listes d'attente. Toutefois, le temps d'attente pour d'autres services, c'est-à-dire là où il n'y a pas d'effet nuisible sur la santé, pourrait être tout à fait approprié. Dans un cas comme dans l'autre, il ne convient pas de prendre des décisions uniquement sur la base de la perception du public ou de la demande des consommateurs.

Bien que nous soyons conscients qu'il puisse être nécessaire d'établir de nouvelles ententes de financement, nous estimons que sans réforme fondamentale du système, de telles ententes pourraient ne pas améliorer les résultats actuels ni mener à la viabilité. Si nos décisions sont basées sur des perceptions plutôt que sur des faits, si nous cherchons à améliorer des processus plutôt que les résultats et si nous n'abordons pas les facteurs de coûts de base, nous nous condamnons à garder un système dont les coûts continueront d'augmenter, peu importe les mécanismes de financement en place. Nous convenons qu'il pourrait y avoir quelques mesures à prendre avant d'établir la structure ultime pour le système de santé financé par les deniers publics.

Notre rapport contient une série de mesures qui, selon nous, devraient être prises avant de sauter aux conclusions quant aux solutions à retenir pour notre système.

Nous avons fait quelques suggestions concrètes à votre comité et nous concluons en précisant que la réforme des soins de santé est une entreprise colossale. Plutôt que de préparer l'exposé que nous venons de vous faire, il aurait été beaucoup plus facile pour nous de consulter la liste des options proposées et de cocher celles qui nous plaisent. Toutefois, une telle attitude n'aurait pas rendu service à votre comité.

Le but fondamental du système de santé financé par les deniers publics au Canada n'a pas encore été articulé clairement et ses résultats prévus n'ont pas été définis. De plus, nous souffrons à

suffer nationally from a lack of sound information upon which to make decisions regarding the future of the system. This is not a criticism of the committee but is, rather, a statement of fact that became all too obvious to us once we tried to assess and prioritize the various options. Therefore, we believe that before we move too far down the road to selecting options, the basic foundation to support evidence-based decision making should be put in place, and additional investments in the short term should be made strategically to support this goal.

The Deputy Chairman: Mr. Riley, when you started your presentation, I wrote down the words "evidence-based" because it certainly is the hallmark of your presentation. Again, when you look at our first report on myths and realities, I think that is part of the problem, that we are dealing with myths and not realities.

Now, I will turn to Dr. Stan Kutcher.

Dr. Stan Kutcher, Head, Department of Community Health and Epidemiology/Psychiatry, Dalhousie University: Honourable senators, I appreciate the opportunity to present to you. I am the Professor Head of Psychiatry at Dalhousie University, the Clinical Academic Director of the Mental Health Program for Capital District, and I am the Associate Dean for International Medical Development and International Medical Research at Dalhousie University. I serve in a number of national roles including that of chairman of all the heads of psychiatry at all the universities in Canada. I am a member of the Institute of Advisory Board for the Institute of Neuroscience, Mental Health and Addictions for the Canadian Institutes of Health Research, and I serve on a variety of other national and international boards and committees.

I have also had the opportunity to either work or be a visiting professor in a variety of health care systems around the world, including the United Kingdom, the United States, Australia and the Middle East, so I have a little bit of an overview of how some other people are doing some other things. Nevertheless, I do not consider myself an expert in many areas.

It is nice to be here in academic medicine. We sort of humourously refer to "an expert" is someone who is from out of town who brings a PowerPoint presentation. I do not have a PowerPoint presentation to make to you today. Neither will I read a brief for two reasons: One is that I think you know how to read, and two is that I would bore myself silly. The real reason is that I do not quite have it with me.

I will talk about some areas of your report which I found fascinating, a number of areas in which I think there are some options that I would like to focus on and make some suggestions, and also on parts of the report where I feel more information or a slightly different understanding might be of value to the committee.

I would first like to start, however, with some mild criticisms of the assumptions that we often bring to looking at health care. My primary degrees were in history and political theory, prior to going

l'échelle nationale d'un manque d'information pertinente qui nous permettrait de prendre des décisions pour l'avenir du système. Ce n'est pas une critique de votre comité, mais plutôt un énoncé de fait qui nous a sauté aux yeux quand nous avons cherché à évaluer les diverses options et à en établir les priorités. En conséquence, nous estimons qu'avant d'aller trop loin dans la sélection d'options, il faudrait mettre en place une base pour appuyer la prise de décisions basée sur des faits, de même que des investissements supplémentaires à court terme afin d'accorder un appui stratégique à cet objectif.

La vice-présidente: M. Riley, j'ai noté au tout début de votre présentation les mots «basé sur des faits», qui me semblent être la caractéristique de votre exposé. Une partie du problème qui ressort à la lecture de notre premier rapport sur les mythes et les réalités est que nous traitons des mythes et non de la réalité.

Je cède maintenant la parole au Dr Stan Kutcher.

Le Dr Stan Kutcher, chef, Département de santé communautaire et d'épidémiologie/psychiatrie, Université Dalhousie: Mesdames et messieurs les sénateurs, je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de comparaître devant votre comité. Je suis professeur et directeur du Département de psychiatrie de l'université Dalhousie, directeur des services cliniques du Programme de santé mentale du Capital District Health Authority et doyen associé du Département de recherche et développement médical international de l'université Dalhousie. J'occupe également certaines fonctions nationales, y compris celles de président des directeurs de départements de psychiatrie des universités du Canada. En outre, je suis membre du Conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies et je fais partie de divers comités et conseils nationaux et internationaux.

J'ai également pu travailler dans le cadre de divers régimes de santé du monde et j'ai été professeur invité un peu partout dans le monde, y compris au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Australie et au Moyen-Orient. Comme vous pouvez le constater, j'ai une petite idée de la façon dont d'autres personnes travaillent ailleurs. Néanmoins, je ne me considère pas comme un spécialiste de plusieurs domaines.

Il est bien d'être en médecine universitaire ici au Canada. Nous disons par plaisanterie qu'un «expert» est une personne qui vient de l'extérieur de la ville munie d'une présentation en PowerPoint. Je n'ai pas de présentation PowerPoint à vous faire aujourd'hui. De plus, je ne lirai pas de mémoire, pour deux raisons: premièrement, j'estime que vous savez lire et, deuxièmement, je m'ennuierais à mourir. La véritable raison est que ce mémoire n'est pas tout à fait prêt.

Je vous entretiendrai de certains aspects de votre rapport qui me fascinent, d'un certain nombre de domaines et d'options sur lesquels j'aimerais m'arrêter et vous faire certaines suggestions, et aussi sur des aspects du rapport au sujet desquels votre comité pourrait profiter d'un peu plus d'information ou d'un point de vue légèrement différent.

D'entrée de jeu, permettez-moi de faire certaines critiques sur les hypothèses que nous posons pour l'examen des soins de santé. Mes premiers diplômes universitaires avant d'étudier en médecine

into medicine. Looking at the historical context, I think, is very important. We as a society in the Western World are the healthiest society there has ever been in all of history. We are the healthiest there has ever been. You take any indicator of health, you take any measure of health, and we are at the top historically. This is something that we lose sight of because one of the issues that we have deal with is, where is the top?

The other large issue is that we have redefined in the last two decades our meaning of health and the concept of health. Going beyond the absence of the disease or the treatment of illness and to the very broad construct of wellness has had some profound implications for our health delivery systems. Our health delivery systems never were developed and never were constituted to deal with the concept of wellness. They were constituted to deal with the care and the treatment of the sick. To try to put a round peg into a square hole is an activity fraught with failure, and it is not surprising that many of the discussions that we are having at this table, in this country, and internationally, is our difficulty in understanding that we cannot squeeze the round peg into the square hole. We need to have a slightly different model.

The other thing that is important for us to understand, I think, is that health is not simply about health care and it is not simply about wellness. The primary economic driver in Canada in the next decade will be the knowledge-based economy and biotech industry. Therefore health and health care is a primary, essential player in the international economy, in our country's ability to be internationally competitive. We have to understand that there is a very strong relationship between the health of our population and the technological drivers of the biotech industry.

I would like to share with you a graph — and I apologize because it is hand drawn but it has to start somewhere. On the vertical axis is the word "status," and that means the health status of the population. On the horizontal axis is the word "cost," and that means the cost of delivery of services to achieve the status of the population. Let us just assume for the time being that the delivery of services is somehow related to the status of the population. You will see that the curve is not, as many people think in our country, linear; that is, it does not go like this, or straight up. That curve is "S" shaped and I think it more clearly reflects the relationship between health status in a population and the cost of achieving that status. If you look at the lower left part of the curve, you will see that a relatively small increase in costs has a dramatic impact on the health status of the population.

That is why, when we look at developing medical services in developing countries, the cost increment to health benefit is exceedingly high. We put a little money in, we get tremendous return. If, however, we look near the top of the curve, you will see that the same amount of funding put into achieving health status outcomes gives very little return, and that is because the health status is so high.

étaient en histoire et en théorie politique. J'estime donc qu'il est très important de voir le contexte historique. Notre société occidentale est celle qui connaît le niveau de santé le plus élevé de toute l'histoire. Il n'y a jamais eu de société en aussi bonne santé que la nôtre. Prenez n'importe quel indicateur de santé, n'importe quelle mesure de la santé et nous arrivons toujours au premier rang au plan historique. Voilà un aspect que nous oublions très facilement parce que l'une des questions à résoudre est la suivante: quelle est la limite?

L'autre grand problème est que nous avons redéfini au cours des deux dernières décennies le sens du mot santé et la notion de santé. Le fait d'aller au-delà de l'absence de la maladie ou du traitement de la maladie pour atteindre un niveau très large de mieux-être a eu des répercussions profondes sur nos systèmes de prestation de soins de santé. Nos systèmes n'ont jamais été conçus et n'ont jamais été constitués pour composer avec la notion de mieux-être. Ils ont été élaborés et mis en place pour prendre soin des malades et les traiter. Toute tentative de mettre une cheville ronde dans un trou carré est vouée à l'échec, et il n'est guère surprenant qu'une bonne partie des débats qui ont cours au sein de votre comité, au pays et à l'échelle internationale concernant notre difficulté à comprendre que nous ne pouvons obliger cette cheville à entrer dans le trou carré. Il nous faut un modèle légèrement différent.

Nous devons également comprendre, selon moi, que la santé ne se limite pas aux soins de santé et qu'elle ne se limite pas non plus au mieux-être. Au cours de la prochaine décennie, le facteur économique primaire au Canada sera l'économie du savoir et l'industrie de la biotechnologie. Par conséquent, la santé et les soins de santé sont un élément primaire et essentiel de notre économie, de la capacité de notre pays d'être concurrentiel à l'échelle internationale. Nous devons bien comprendre qu'il existe une relation très forte entre la santé de notre population et les facteurs technologiques de l'industrie biotechnologique.

Permettez-moi de vous montrer un graphique. Je vous prie de bien vouloir m'excuser parce qu'il est manuscrit, mais il faut bien commencer quelque part. L'ordonnée porte le mot «état», qui représente l'état de santé de la population. L'abscisse porte le mot «coût», qui représente le coût de prestation des services pour obtenir l'état de santé de la population. Supposons pour le moment que la prestation des services est reliée d'une certaine façon à l'état de santé de la population. Vous constaterez que la courbe n'est pas, contrairement à ce que plusieurs pensent au pays, linéaire; elle n'est pas droite. Cette courbe a une forme en «S» qui, selon moi, reflète plus clairement le rapport existant entre l'état de santé d'une population et le coût pour en arriver à cet état. Si vous regardez la partie inférieure gauche de la courbe, vous constaterez qu'une augmentation relativement modeste des coûts a des résultats marqués sur l'état de santé de la population.

C'est la raison pour laquelle quand on parle de mise en place de services médicaux dans les pays en développement, le rapport entre le coût et les retombées pour la santé est très favorable. Nous investissons un peu d'argent et nous obtenons un rendement considérable. Par contre, si vous regardez près du sommet de la courbe, vous verrez que le même niveau de financement donne fort peu de résultats, étant donné que l'état de santé est si bon.

This discussion has been missing from the entire debate, as far as I can see. I have not seen it in any of the reports. We are looking and thinking in a linear model, whereas the model, I think, is "s" shaped. We have to be very clear about what we expect. We have a very healthy population. Are we to expect what, for what input? I think that is a really important thing to keep in the backs of our minds. This is not a linear graph; this is an "s" shaped curve.

There are a number of fundamental issues to which we need to address ourselves in our discussion. Whenever we talked about the illness care system — and I prefer to call it an illness care system because, regardless of how healthy the population is, we will need an illness care system — there is another myth, and that is, as population health improves, illness decreases. This is not a teeter-totter. Putting more resources into population wellness is a good thing. This does not mean that illness will necessarily decrease, because there are other factors at play.

Within the large spectrum of concepts within the report to date, I have pulled out three of what I consider to be fundamental issues. One is responsibility, the second is accountability, and the third is evidence, and I do not mean evidence as evidence. The worst evidence that you can have in your deliberations is the opinion of experts. The best evidence that you can have is what we call "tier one evidence" — that is, information obtained from multiple controlled experimental studies. When we actually look at some of the expert evidence that we use to drive our concepts of health care, it is on the basis of experts' opinions; people like me. We are often very wrong. We are subject to the same pressures that you are: We have biases; some of us have prejudices; we have particular rows to hoe; we have professional identities; we have patches to water. Our evidence is all coloured by those things.

Please, when you write your report, give the weight it deserves to the testimony of experts, such as myself. Critically evaluate our comments with the data from experimental designs, and apply the same criteria to models about prevention, to models about promotion as we do to models of therapeutic outcome.

I would like to address a few sections very quickly. In each of these areas, I will only focus on what I consider to be the federal role. I do not intend to talk to you about our pilot programs and my own research, et cetera. I will just focus on the 35,000 foot level, and what I think the federal role should be in each of these areas.

Research and evaluation, particularly, has some very practical aspects which may be of use. With respect to health human resources, I want to identify an area that you have not discussed in your report but I think is fundamental, absolutely fundamental, to our health human resource planning in Canada. The financing role, I want to talk briefly on the concept of prescription drugs. On population health, I want to talk about some practical

Jusqu'à maintenant le débat a complètement occulté cet aspect, me semble-t-il. Je n'en ai vu aucune mention dans aucun rapport. Nous cherchons et nous pensons selon le modèle linéaire alors que le modèle, selon moi, a plutôt la forme d'un «S». Nous devons avoir des attentes très claires. Notre population est en excellente santé. Que faut-il attendre d'un investissement donné? Selon moi, il importe de garder cette question à l'esprit. Le graphique n'est pas linéaire, il prend plutôt la forme d'une courbe en «S».

Notre discussion doit aborder un certain nombre de questions fondamentales. Quand nous parlons du système de traitement de la maladie — et je préfère parler d'un système du traitement de la maladie parce que peu importe l'état de santé de la population, nous aurons toujours besoin d'un système pour traiter la maladie — il y a un autre mythe selon lequel avec l'amélioration de la santé, vient la diminution de la maladie. Ce n'est pas un jeu de bascule. Il est bien de consacrer davantage de ressources au mieux-être d'une population. Par contre, cela ne signifie pas que la maladie diminuera pour autant, parce qu'il y a d'autres facteurs qui interviennent.

Parmi l'éventail de notions que contient le rapport jusqu'à maintenant, j'en ai isolé trois qui, selon moi, représentent des questions fondamentales. La première est la responsabilité, la seconde, la responsabilisation et la troisième, les faits. La pire information que vous puissiez avoir pour vos délibérations est celle d'experts. La meilleure est celle que nous appelons des faits de premier niveau, c'est-à-dire des renseignements obtenus à partir d'une multitude d'études fondées sur des expériences. Dans la réalité, les témoignages que nous utilisons pour fonder nos concepts de soins de santé sont axés sur l'opinion d'experts, de personnes comme moi. Bien souvent, nous avons complètement tort. Nous sommes soumis aux mêmes pressions que vous. Nous avons des préférences, certains ont des préjugés, nous avons notre champ à labourer, nous avons des identités professionnelles, nous avons notre territoire à entretenir. Nos témoignages sont tous teintés de ces préoccupations.

De grâce, quand vous rédigez votre rapport, accordez aux témoignages de spécialistes comme moi-même l'importance qu'ils méritent. Faites une évaluation critique de nos observations à partir des données tirées de concepts expérimentaux et appliquez la même logique critique au modèle concernant la prévention, au modèle concernant la promotion, comme nous le faisons pour les modèles de résultat thérapeutique.

Permettez-moi d'aborder quelques aspects très brièvement. Je me contenterai de parler de ce que je considère être le rôle fédéral. Je ne veux pas vous entretenir de nos programmes pilotes ni de ma propre recherche, et ainsi de suite. Je me contenterai de vous donner un aperçu d'une attitude de 35 000 pieds de ce que le rôle du gouvernement fédéral devrait être dans chacun de ces domaines, selon moi.

La recherche et l'évaluation, en particulier, comportent des aspects très pratiques qui pourraient vous être utiles. En ce qui a trait aux ressources humaines pour la santé, je voudrais souligner un élément que vous n'avez pas abordé dans votre rapport mais qui est fondamental, absolument essentiel à la planification de nos ressources humaines pour la santé au Canada. Je veux aussi mentionner brièvement le rôle du financement au chapitre des

recommendations for dealing with population health, and no, I do not agree that the federal government should have a role in delivering population health, and I will tell you why. Then, I want to talk a little bit about some of the special populations found in Section 12.

First, with respect to the research and evaluation, I would like to start with a quote from *The Global Forum for Health Research*:

Health research is essential to the design and implementation of health interventions, health policies and health service delivery.

We have seen major improvements in the funding of health research in Canada in the last five to 10 years. We are now not last out of the G8 countries, it is lovely to know. However, we have a long way to go. One per cent of the total health care funding targeted for health research is, in my opinion, too low. Any large successful business which wants to be moving ahead does not invest one per cent of its gross return on research and development. They invest closer to 10 per cent, and unless we start investing seriously in research and development — and I am talking at the 10 per cent level, not the one per cent level — then we are will be constantly playing catch up. Research is essential because not only does it benefit health but also, as I said before, it benefits the economy. Health research can provide for Canada, and the federal role here, a regional anchor for improving regional economies and improving health in Canada. One of the biggest difficulties that we have is the regional disparities in health care and economic development. Through appropriate thinking about research and development in health, we can bring the two together, and we can use bringing the two together to improve regional economies and regional health through the concept of what I call regional anchors, which is, I guess, very maritime.

The model that we currently have in which matching funds obtained from provincial or other sources are used to offset federal monies, such as the Canadian Foundation for Innovation, is just not fair for smaller regions and smaller provinces. It does not work. The Canada Research Chair program is a brilliant idea. It has probably the potential of pulling most of the good talent out of smaller areas to larger areas because we cannot compete with infrastructure support. A university in central Canada can offer a Canada Research Chair to a professor and provide that individual with a large infrastructure to support their work. We cannot do that. You do not have to be a rocket scientist to figure out where you, as a Canada Research Chair, will be going.

Pilot projects from the Health Transition Fund have the same issues and they have a further issue, and that is that they are often not sustainable in small centres. Thus you have a nice project: it goes through, you manage to scrape together the matching funds, you get the project, you do the project, you show it works, and

médicaments d'ordonnance. En ce qui a trait à la santé de la population, j'aimerais vous parler de recommandations pratiques pour faire face à la santé de la population. Je ne crois pas que le gouvernement fédéral devrait avoir un rôle à jouer dans la santé de la population, et je vous dirai pourquoi. Ensuite, je voudrais aborder rapidement la question des populations spéciales au chapitre 12.

En ce qui a trait à la recherche et à l'évaluation, voici une citation tirée de *The Global Forum for Health Research*:

La recherche en santé est essentielle à la conception et à la mise en oeuvre d'interventions en matière de santé, de politiques de santé et de prestations de soins de santé.

Au cours des cinq à dix dernières années, il y a une amélioration majeure du financement de la recherche en santé au Canada. Il est bon de savoir que nous ne sommes plus les derniers parmi les pays du G-8. Toutefois, il reste beaucoup à faire. Selon moi, il est insuffisant de consacrer à la recherche en santé un pour cent du financement total des soins de santé. Toute entreprise qui se respecte et qui veut aller de l'avant ne se contente pas d'investir un pour cent de ses revenus bruts en R-D. Elle investira plutôt 10 p. 100 et à moins de commencer dès maintenant à investir sérieusement en R-D — et je parle ici au moins de 10 p. 100, et non pas de un pour cent — nous en serons réduits à faire du rattrapage. La recherche est essentielle non seulement à cause des retombées pour la santé, mais aussi, comme je l'ai dit plutôt, parce qu'elle profite à l'économie. La recherche sur la santé peut apporter au Canada un point de départ régional pour l'amélioration des économies régionales et l'amélioration de la santé au Canada. Chez nous, les disparités régionales en matière de soins de santé et de développement économique constituent une des plus grandes difficultés. Si nous réfléchissons bien à la R-D que nous voulons faire en santé, nous pouvons concilier ces deux sources de disparité et nous pouvons contribuer à améliorer les économies régionales et la santé régionale et les relier à ce que j'appelle des points d'ancrage régionaux, un concept très maritime, pourrait-on dire.

Le modèle que nous utilisons présentement et selon lequel le financement obtenu d'une source provinciale ou d'ailleurs sert à compenser les fonds fédéraux, comme ceux qui proviennent de la Fondation canadienne pour l'innovation, n'est pas équitable pour les régions et les provinces plus petites. Ce modèle ne donne pas de résultats. Le programme de Chaire de recherche du Canada est une idée brillante. Il offre le potentiel d'extraire les meilleurs talents des régions plus petites pour les amener dans les régions plus grandes, parce que nous ne sommes pas capables de concurrencer le soutien à l'infrastructure. Une université du Canada centrale peut offrir une chaire de recherche du Canada à un professeur et lui fournir une importante infrastructure pour son travail. Nous ne pouvons le faire. Il ne faut pas avoir la tête à Papineau pour comprendre ce que fera le titulaire d'une chaire de recherche du Canada.

Les projets pilotes financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé présentent les mêmes problèmes et en soulèvent un autre, le fait qu'ils ne sont pas viables dans les petits centres. Vous présentez un beau projet que l'on accepte. Vous parvenez à ramasser les fonds nécessaires, vous obtenez le projet, vous

then you cannot sustain it. That is a terrible, terrible problem. The Health Transition Fund causes some problems. It has benefits, too, and I can clearly see the benefits, but it has to have some sustainability built in. It will not work in a regionally disparate country in which the economic viability of the regions is so desperately different.

The Deputy Chairman: Dr. Kutcher, due to the lack of time today, I will have to suggest that we call you back because you have obviously approached this from a completely different viewpoint, which I think is very compelling.

Dr. Kutcher: That would be appropriate, and I could meet with you at another time.

The Deputy Chairman: I would like to see your brief. You are the first witness that we have had who has actually raised these issues, and I think it is very important that you be given a much longer and better hearing. I would suggest that when we hold our hearings in Ottawa, we can invite you to come to Ottawa and you can make a full presentation to the committee there.

Dr. Kutcher: I would be pleased to do that, thank you.

The Deputy Chairman: Are there any questions?

Senator Callbeck: Madame Chair, I want to ask Ms Arsenault a couple of questions.

I am really happy to get the information on the centre and how well it is working. Do you have other health professionals who come in there from time to time?

Ms Arsenault: Yes. Being integrated with East Prince Health, we have a person who offers addiction services, and who comes in one afternoon a week and can see clients there. We also recently started working jointly with an occupational therapist who does come in. A dental hygienist comes in on clinic days when the public health nurse is seeing young families, and as well, we have someone coming in respecting hearing aids as a service to the community. Yes, we do occasionally have other people coming into the centre as well.

Senator Callbeck: Do you have a doctor?

Ms Arsenault: No. The initial plan for the centre was to have a doctor on staff but we could not recruit one. However, I think that would be an important element to add. It would give us a new role as well if we could integrate a doctor within the multi-disciplinary team.

Senator Callbeck: Are you open in the evenings or just in the daytime?

Ms Arsenault: Right now, we are not open in the evenings but we do hold clinics. For example, we had a well woman clinic one night whereby we invited the physiotherapist, the nutritionist and other people in. We held an evening for women from six to nine, a walk-in clinic, and at that time had physicians doing Pap tests and breast self-examinations. That was a one-evening clinic, and we repeated that clinic on four occasions, so we do bring in, occasionally, evening sessions at the centre.

réalisez le projet, vous faites la preuve qu'il peut fonctionner, puis vous ne pouvez le maintenir. Voilà un grave problème, un problème considérable. Ce fonds pour l'adaptation des services de santé entraîne certains problèmes. Il présente des avantages, et ils sont manifestes, mais il faut qu'il y ait un élément de viabilité. Il ne pourra donner de résultats dans un pays aux régions aussi disparates où la viabilité diffère tellement.

La vice-présidente: Monsieur Kutcher, faute de temps aujourd'hui, je me permets de vous suggérer de vous réinviter parce que vous abordez les questions d'un angle totalement différent qui, selon moi, est très intéressant.

Le Dr Kutcher: Cela me conviendrait, et je pourrais vous rencontrer à un autre moment.

La vice-présidente: J'aimerais voir votre mémoire. Vous êtes le premier témoin à soulever ces questions, et il est très important que nous consacrons plus de temps à votre témoignage. Je suggérerais que nous vous invitions à Ottawa, lorsque nous y serons, afin que vous puissiez présenter votre exposé à notre comité.

Dr Kutcher: Cela me ferait plaisir, merci.

La vice-présidente: Y a-t-il des questions.

Le sénateur Callbeck: Madame la présidente, je voudrais poser quelques questions à Mme Arsenault.

Je suis bien contente d'avoir des renseignements sur le Centre et de savoir qu'il fonctionne bien. Y a-t-il d'autres professionnels de la santé qui vous rendent visite de temps à autre?

Mme Arsenault: Oui. Comme nous sommes intégrés à l'autorité sanitaire de East Prince, nous avons une personne qui offre des services en toxicomanie et qui vient au centre un après-midi par semaine pour y voir des clients. Récemment, nous avons commencé à travailler en collaboration avec un ergothérapeute qui vient sur place. Les jours de clinique, lorsque l'infirmière de santé publique reçoit des jeunes familles, nous avons la visite d'une hygiéniste dentaire, de même qu'une personne qui s'occupe d'appareils auditifs, à titre de service à la collectivité. Oui, il y a d'autres personnes qui viennent occasionnellement au centre.

Le sénateur Callbeck: Y a-t-il un médecin?

Mme Arsenault: Non. Au départ, nous voulions qu'un médecin fasse partie du personnel mais nous n'avons pu en recruter. Toutefois, j'estime que ce serait là un élément important à ajouter. Le fait d'ajouter un docteur à notre équipe disciplinaire nous donnerait un nouveau rôle.

Le sénateur Callbeck: Le centre est-il ouvert le soir ou uniquement durant le jour?

Mme Arsenault: Présentement, le centre n'est pas ouvert en soirée, mais nous organisons des cliniques. Par exemple, nous avons eu une clinique d'un soir pour les femmes à laquelle nous avons invité le physiothérapeute, la nutritionniste et d'autres personnes. Nous avons organisé une soirée pour les femmes, de 18 h à 21 h, le genre de clinique de consultation sans rendez-vous et à ce moment des médecins ont fait des tests de Papanicolaou et montré aux femmes comment faire l'auto-examen des seins. Il s'agit d'une clinique d'un soir qui a été présentée à

Senator Callbeck: How many people have you provided a service to in the last year, do you know?

Ms Arsenault: According to the last statistics that I looked at, the mental health counsellor had 119 on her caseload, the public health nurse probably had 60 or 70 pre-schoolers, pre-natal visits and those types of things. We serve a population of approximately 3,000 people. I would say probably we touched close to 2,000 people in the last year.

Senator Callbeck: Thank you.

Mr. Riley, you had a well thought out brief and I look forward to reading it in its entirety. I thank you.

The Deputy Chair: Mr. Riley, in some of the questions asked of the other presenters in the same field as you, we probably covered most of the questions. When we have a chance to read the briefs again, sometimes we will follow up with some written questions.

The committee adjourned.

quatre reprises. À l'occasion, le centre organise des sessions en soirée.

Le sénateur Callbeck: Au cours de la dernière année, combien de personnes ont bénéficié de vos services? Le savez-vous?

Mme Arsenault: Selon les dernières statistiques que j'ai consultées, la conseillère en santé mentale avait 199 cas, l'infirmière en santé publique a eu entre 60 et 70 enfants d'âge préscolaire, visites prénatales et visites du même genre. Nous desservons une population d'environ 3 000 habitants et je dirais que nous avons probablement offert des services à quelque 2 000 personnes l'an dernier.

Le sénateur Callbeck: Merci.

Monsieur Riley, vous nous avez présenté un mémoire bien organisé que je compte bien lire en entier. Merci.

La vice-présidente: Monsieur Riley, nous avons probablement abordé avec d'autres présentateurs dans le même domaine que vous la plupart des questions qui nous intéressaient. Dès que nous aurons eu la chance de relire les mémoires, nous vous enverrons quelques questions écrites.

La séance est levée.

From the College of Family Physicians of Canada:

Dr. Peter MacKean, Chairman of the Board.

From the Queen Elizabeth Hospital:

Mr. Iain Smith, Drug Utilization Coordinator.

From the P.E.I. Pharmacy Board:

Ms Neila Auld, Executive Director.

From the Queen's Regional Health Authority:

Ms Sylvia Poirier, Chair.

From the West Prince Regional Health Authority:

Mr. Ken Ezeard, Chief Executive Officer.

From Southern King's Health Authority:

Ms Betty Fraser, Chief Executive Officer.

From the Evangeline Community Health Centre:

Ms Elise Arsenault, Coordinator .

From the East Prince Regional Health Authority:

Mr. David Riley, Chief Executive Officer.

From Dalhousie University:

Dr. Stan Kutcher, Head, Department of Community Health and Epidemiology/ Psychiatry.

Du Collège des médecins de famille du Canada:

Le Dr Peter MacKean, président du conseil d'administration.

De l'Hôpital Queen Elizabeth:

M. Iain Smith, coordonnateur, Utilisation des médicaments.

Du Prince Edward Island Pharmacy Board:

Mme Neila Auld, directrice exécutive.

Du Queen's Regional Health Authority:

Mme Sylvia Poirier, présidente.

Du West Prince Regional Health Authority:

M. Ken Ezeard, directeur général.

Du Southern King's Health Authority:

Mme Betty Fraser, directrice générale.

Du Centre de santé communautaire Évangéline:

Mme Elise Arsenault, coordinatrice.

Du East Prince Regional Health Authority:

M. David Riley, directeur général.

De l'Université Dalhousie:

Le Dr Stan Kutcher, chef, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie/psychiatrie.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

APPEARING—COMPARAÎT

From the Department of Health and Social Services, P.E.I.:

The Honourable Jamie Ballem, M.L.A., Minister.

Du ministère des Sciences et des services sociaux de l'Île-a-Prince-Édouard:

L'honorable Jamie Bellam, M.A.L., ministre.

WITNESSES—TÉMOINS

From the P.E.I. Seniors Advisory Council:

Ms Heather Henry-MacDonald, Chair.

Du P.E.I. Seniors Advisory Council:

Mme Heather Henry-MacDonald, présidente.

From the Canadian Union of Public Employees, P.E.I. Division:

Mr. Bill A. McKinnon, National Representative;

Ms Donalda MacDonald, President;

Mr. Raymond Léger, Research Representative.

Du Syndicat canadien de la fonction publique, Division l'Î.-P.-É.:

M. Bill A. McKinnon, représentant national;

Mme Donalda MacDonald, présidente;

M. Raymond Léger, responsable de la recherche.

From the Department of Health and Social Services, P.E.I.:

Ms Mary Hughes-Power, Director of Acute and Continuing Care;

Ms Deborah Bradley, Manager of Public Health Policy;

Dr. Don Ling, Director of Medical Services;

Mr. Rory Francis, Deputy Minister;

Mr. Bill Harper, Assistant Deputy Minister;

Mr. Jean Doherty, Communications Coordinator;

Ms Susan Maynard, Senior Health Planner;

Du ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-a-Prince-Édouard:

Mme Mary Hughes-Power, directrice, Soins intensifs et longue durée;

Mme Deborah Bradley, gestionnaire, Politique de sari publique;

Le Dr Don Ling, directeur, Services médicaux;

M. Rory Francis, sous-ministre;

M. Bill Harper, sous-ministre adjoint;

Mme Jean Doherty, coordinatrice, Communications;

Mme Susan Maynard, planificatrice principale, Services santé;

Ms Kathleen Flanagan-Rochon, Community Services Coordinator.

Mme Kathleen Flanagan-Rochon, coordonnatrice, Services communautaires.

(Continued on previous page)

(Suite à la page précédente)

26
51

Public



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, November 8, 2001

Le jeudi 8 novembre 2001

Issue No. 44

Fascicule n° 44

Thirty-seventh meeting on:
The state of the health care system in Canada

Trente-septième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	Léger
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cook	(or Kinsella)
Cordy	Monn
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	Léger
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cook	(ou Kinsella)
Cordy	Monn
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

FREDERICTON, Thursday, November 8, 2001
(48)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day in the Governor's Ballroom at the Sheraton Fredericton Hotel, Fredericton, New Brunswick, at 9:02 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, LeBreton, Léger and Robertson (5).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From the Faculty of Nursing, University of New Brunswick:

Dr. Margaret Dykeman.

From the New Brunswick Health Care Association:

Mr. Robert Simpson, Chief Executive Officer.

From the Canadian Association of Chain Drug Stores:

Ms Sherry Porter, Atlantic Canada Representative;

Ms Sandra Aylward, Vice President, Pharmacy Services.

As Individuals:

Dr. Russell King, Former Minister of Health, Province of New Brunswick;

Mr. William Morrissey, Former Deputy Minister of Health, Province of New Brunswick.

From Applied Management:

Mr. Bryan Ferguson, Partner.

From the Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:

Mr. Daniel Thériault, Director General.

From the Canadian Snowbird Association:

Mr. Bob Jackson, President.

From the New Brunswick Senior Citizens Federation Inc:

Ms Helen Ladouceur, Member;

Ms Eileen Malone, Member.

From the Catholic Health Association of Canada:

Ms Sandra Keon, Secretary Treasurer and Vice-President Clinical Programs at Pembroke Hospital.

PROCÈS-VERBAL

FREDERICTON, le jeudi 8 novembre 2001
(48)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 02, dans la Governor's Ballroom du Sheraton Fredericton Hotel, à Fredericton, au Nouveau-Brunswick, sous la présidence de l'honorable Marjorie LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, LeBreton, Léger et Robertson (5).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officielles du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada (*voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

De la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick:

La Dre Margaret Dykeman.

De l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick:

M. Robert Simpson, président-directeur général.

De l'Association canadienne des chaînes de pharmacies:

Mme Sherry Porter, représentante pour les Maritimes;

Mme Sandra Aylward, vice-présidente, Services pharmaceutiques.

A titre personnel:

Le Dr Russell King, ancien ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick;

M. William Morrissey, ancien sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

D'Applied Management:

M. Bryan Ferguson, associé.

De la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:

M. Daniel Thériault, directeur général.

De l'Association canadienne des Snowbirds:

M. Bob Jackson, président.

De la Fédération des citoyens âgés du Nouveau-Brunswick Inc.:

Mme Helen Ladouceur, membre;

Mme Eileen Malone, membre.

De l'Association catholique canadienne de la santé:

Mme Sandra Keon, secrétaire-trésorière et vice-présidente des programmes cliniques de l'hôpital de Pembroke.

From the Miramichi Police Force:

Cpl. Michael Gallagher, Drug Section.

From the Canadian Union of Public Employees, New Brunswick:

Mr. Raymond Léger, Research Representative.

From the Federal Superannuates National Association:

Mr. Rex G. Guy, National President:

Mr. Roger Heath, Research and Communications Officer.

From the Union of New Brunswick Indians:

Mr. Nelson Solomon, Director of Health:

Ms Wanda Paul Rose, Coordinator:

Mr. Norville Getty, Consultant.

From the Nurses Association of New Brunswick:

Ms Roxanne Tarjan, Director General.

Dr. Dykeman made a statement. Mr. Simpson made a statement. Ms Porter made a statement. The witnesses answered questions.

At 10:20 a.m. the sitting was suspended.

At 10:25 a.m. the sitting was resumed.

Dr. King made a statement and answered questions.

At 11:20 a.m. the sitting was suspended.

At 11:29 a.m. the sitting was resumed.

Mr. Ferguson made a statement. Mr. Thériault made a statement. Mr. Morrissey made a statement. Mr. Ferguson and Mr. Morrissey answered questions. Senator Léger made a statement.

At 12:35 p.m. the sitting was suspended.

At 1:35 p.m. the sitting was resumed.

Mr. Jackson made a statement. Ms Ladouceur made a statement. Ms Keon made a statement. Mr. Gallagher made a statement. The witnesses answered questions.

The Chair invited the witnesses to briefly introduce themselves and their organizations. The witnesses answered questions.

At 3:15 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Des Forces policières de Miramichi:

Le caporal M. Michael Gallagher, Division des drogues.

Du Syndicat canadien de la fonction publique, Nouveau-Brunswick:

M. Raymond Léger, représentant de la recherche.

De l'Association nationale des retraités fédéraux:

M. Rex G. Guy, président national:

M. Roger Heath, agent de recherche et des communications.

De l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick:

M. Nelson Solomon, directeur de la santé:

Mme Wanda Paul Rose, coordonnatrice:

M. Norville Getty, expert-conseil.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick:

Mme Roxanne Tarjan, directrice générale.

La Dre Dykeman fait une déclaration. M. Simpson fait une déclaration. Mme Porter fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 20, la séance est suspendue.

À 10 h 25, la séance reprend.

Le Dr King fait une déclaration et répond aux questions.

À 11 h 20, la séance est suspendue.

À 11 h 29, la séance reprend.

M. Ferguson fait une déclaration. M. Thériault fait une déclaration. M. Morrissey fait une déclaration. M. Ferguson et M. Morrissey répondent aux questions. Le sénateur Léger fait une déclaration.

À 12 h 35, la séance est suspendue.

À 13 h 35, la séance reprend.

M. Jackson fait une déclaration. Mme Ladouceur fait une déclaration. Mme Keon fait une déclaration. M. Gallagher fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

La présidente invite les témoins à se présenter rapidement, eux et leur organisme. Les témoins répondent aux questions.

À 15 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière intérimaire du comité,

Josée Thérien

Acting Clerk of the Committee

EVIDENCE

FREDERICTON, Thursday, November 8, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:02 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Our witnesses this morning are: from Faculty of Nursing, University of New Brunswick, Dr. Margaret Dykeman; from the New Brunswick Healthcare Association, Mr. Robert Simpson, CEO; and from the Canadian Association of Chain Drug Stores, Ms Sherry Porter, Atlantic Canada Representative. I would welcome all of you.

Senators, since this is Thursday, this must be Fredericton. This is part of our cross-country tour as members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. As you know, we are taking an in-depth look at Canada's health care system and the role the federal government should play. As you have probably read in the newspapers, we are hearing many opinions of people across the country. Senator Robertson was quoted in the paper this morning as saying we have an avalanche of evidence and briefing papers that we have to go through before we come out with our report and recommendations.

I will ask the witnesses, as I did yesterday, when making their presentations, that they try to be as brief as possible, perhaps five to seven minutes, to allow time for questions.

Please proceed, Dr. Dykeman.

Dr. Margaret Dykeman, Faculty of Nursing, University of New Brunswick: I am here today from the Faculty of Nursing to talk about three or four areas. Hopefully, my remarks will not take too long.

The first area I will deal with is access. As I am sure everyone in this room is aware, we are presently lobbying hard to get nurse practitioners into the system in New Brunswick and have them classified as salaried care providers. That would open up access and decrease the waiting times for the large number of people who require health care. I recently heard that as many as 40,000 people in this province do not have family doctors. We believe that we must do something to alleviate some of the problems surrounding this issue.

We are not saying that nurse practitioners are the end all and be all for the health care system in New Brunswick. Indeed, that is not our goal. Nurse practitioners would work in collaboration with the doctors in the province and try to ease some of the workload.

TÉMOIGNAGES

FREDERICTON, le jeudi 8 novembre 2001

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 02 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Nos témoins, ce matin, sont la Dre Margaret Dykeman, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick; M. Robert Simpson, PDG de l'Association des soins de santé au Nouveau-Brunswick; enfin, Mme Sherry Porter, représentante pour la région de l'Atlantique de l'Association canadienne des chaînes de pharmacies. Je remercie tout le monde d'être venu.

Sénateurs, puisqu'on est jeudi, on doit être à Fredericton. C'est l'une des étapes de la tournée qu'effectuent dans le pays les membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Comme vous le savez, nous avons entrepris d'étudier en profondeur le système de soins de santé au Canada et le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral. Vous avez probablement pris connaissance dans les journaux des nombreux points de vue exprimés au sein de la population à l'échelle du pays. Le sénateur Robertson était citée dans le journal de ce matin et elle faisait remarquer que nous avons reçu une avalanche de témoignages et de documents d'information qu'il nous faut passer en revue avant de publier notre rapport et nos recommandations.

Je vais demander aux témoins, comme je l'ai fait hier, qu'ils s'en tiennent à des exposés le plus court possible, entre cinq et sept minutes éventuellement, pour que nous ayons le temps de poser des questions.

Docteure Dykeman, vous avez la parole.

La Dre Margaret Dykeman, Faculté des sciences infirmières, Université du Nouveau-Brunswick: Je représente ici la Faculté des sciences infirmières et je vais aborder trois ou quatre questions. J'espère que mon intervention ne durera pas trop longtemps.

Je vais vous parler tout d'abord de l'accès aux services. Comme tout le monde le sait pertinemment dans cette salle, j'en suis sûre, nous exerçons actuellement de grosses pressions pour que les infirmières praticiennes soient intégrées au régime du Nouveau-Brunswick et soient classées parmi les praticiennes salariées du secteur de la santé. Cela faciliterait l'accès aux services et diminuerait les délais d'attente pour un grand nombre de personnes qui ont besoin de soins. J'ai appris récemment qu'il y avait jusqu'à 40 000 personnes qui, dans notre province, n'ont pas de médecin de famille. Nous estimons qu'il faut faire quelque chose pour remédier à une partie des problèmes que l'on relève en la matière.

Nous ne disons pas que les infirmières praticiennes sont l'alpha et l'oméga du réseau des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Ce n'est d'ailleurs pas notre objectif. Il faut que les infirmières praticiennes oeuvrent en collaboration avec les médecins de la

We recently heard that the doctors in New Brunswick spend longer hours in their practices than doctors in any other place in Canada. We believe that nurse practitioners would be a good adjunct to what our doctors do in the system and that they could help us through this very difficult period.

To do that, we need more funding for education. The Faculty of Nursing clearly recognizes that we require funds to pay for the programs that will lead to highly qualified nurse practitioners being in the workplace. They would require good quality education leading to advance practice certificates or degrees at the master's level so that they can offer a high level of health care service. That funding has not been forthcoming at this point in time. We are working on that. I suspect federal support is required to move that ahead.

It is no secret that nursing education is expensive. Once they are qualified, nurses require a lot of supervision throughout their education process. That, I suspect, costs a little bit more than most academic programs.

We believe that nurse practitioners can and will alleviate the situation.

Some of you may not know, but as well as having a Ph.D. I am a nurse practitioner, certified in the United States. I have worked there as a nurse practitioner for some time. I have recently returned to New Brunswick to work in the Faculty of Nursing. My experience has been in education and in the actual practice of this profession.

The second area we would choose to talk about is population health. We are pleased to see that the federal government is heading towards the population health route, which covers all of the determinants of health of our people.

New Brunswick, being one of the poorest provinces, has a high rate of poverty and children in poverty. We also have the most obese people in Canada. Many determinants of health need to be addressed in this province. Any help that comes from the federal government will be very well received.

I would like to congratulate the government on its move towards a harm reduction model of care. In this province, we have an increasing number of injection drug users. We have a growing number of HIV-positive people and Hepatitis C people, all because we do not have many of the basic necessities of life. Many people are homeless. Those are some of the determinants of health that are factored into that whole process.

The third area we would choose to address is research. Health research has not been very popular in New Brunswick. It has had a rough road partly, I suspect, because of funding, but also because we do not have a medical school in the province. Only now are we moving ahead in dealing with the health issues rather

province et s'efforce d'alléger une partie du fardeau. Nous avons récemment appris que les médecins du Nouveau-Brunswick passaient plus de temps à servir leurs malades que dans toute autre région du Canada. Nous considérons que les infirmières praticiennes sont en mesure de bien appuyer les médecins dans leurs tâches et ont les moyens de nous faire traverser cette passe difficile.

Pour y parvenir, il nous faut mieux financer la formation. La Faculté des sciences infirmières est convaincue que nous avons besoin de crédits pour financer les programmes devant nous permettre de former des infirmières praticiennes très qualifiées prêtes à entrer sur le marché du travail. Il faut pour cela que l'enseignement soit de qualité et que l'on délivre des licences professionnelles ou des maîtrises de haut niveau de façon à pouvoir dispenser des soins de très grande qualité. Nous ne disposons pas de ce financement à l'heure actuelle. Je pense qu'une aide fédérale est nécessaire pour y parvenir.

Tout le monde sait bien que la formation en sciences infirmières est onéreuse. Une fois qualifié, le personnel infirmier a besoin d'être étroitement supervisé tout au long de sa formation. J'imagine que cela coûte un peu plus cher que la plupart des programmes universitaires.

Nous sommes convaincus que les infirmières praticiennes sont en mesure de remédier à la situation.

Certains d'entre vous l'ignorent peut-être, mais en plus d'avoir un doctorat, je suis une infirmière praticienne homologuée aux États-Unis. J'y ai travaillé en qualité d'infirmière praticienne pendant une certaine période. Je viens de rentrer au Nouveau-Brunswick pour travailler à la Faculté de sciences infirmières. J'ai l'expérience de l'enseignement et de la pratique sur le terrain.

Le deuxième point que je veux aborder est celui de la santé de la population. Nous nous félicitons de voir que le gouvernement fédéral s'engage dans la voie de l'amélioration de la santé de la population, ce qui recouvre tous les facteurs déterminants de l'état de santé des gens.

Le Nouveau-Brunswick, qui est l'une des provinces les plus pauvres, a un pourcentage élevé d'adultes et d'enfants qui vivent dans la pauvreté. Nous avons aussi le plus grand pourcentage de personnes obèses au Canada. De nombreux facteurs qui sont déterminants pour la santé ont besoin d'être abordés dans notre province. Toute aide du fédéral sera la bienvenue.

Je tiens à féliciter le gouvernement de s'être engagé dans un modèle de soins qui cherche avant tout à ne pas nuire. Les utilisateurs de drogues administrées par injection sont de plus en plus nombreux dans notre province. Nous avons de plus en plus de personnes affectées par le VIH ou l'hépatite C, tout cela parce qu'elles manquent du nécessaire pour vivre. Il y a de nombreux sans abri. Voilà un certain nombre de facteurs déterminants pour la santé qui sont pris en compte par ce modèle, considéré globalement.

Le troisième point que je tiens à aborder est celui de la recherche. Les recherches effectuées en matière de santé ne sont pas très développées au Nouveau-Brunswick. Nous nous sommes heurtés à de nombreux écueils en partie, j'imagine, par manque de financement, mais aussi parce que nous n'avons pas d'école de

than the medical issues. Some of that must be addressed at the provincial level.

However, the federal government has not made it easy for us because most of the dollars are now ear-marked for health have to be matched, and there are no matching funds in this small province with its small population base. The result is that this has effectively locked us out of the research dollars from Ottawa. We are looking for some direction around that, and we are lobbying to find some way to better tap into the resources that are available.

From my experience of sitting on a couple of federal evaluation committees, I believe that we also need to start looking at what researchers we do fund because, at the federal level, we have a tendency to fund researchers with long track records. All of our faculty people and our researchers are the senior researchers in Canada. Most of us are ready to retire. If we do not start supporting the new researchers, the new faculty members, in 10 years we will find ourselves without research potential. I have stated this at other committee meetings and people said, "These people know how to do it." I recognize that those seniors probably do know how to do it, but we need to be advocating for the younger generation, so that they learn how to do it so they can take over. Personally, I cannot work forever, and most of my cohorts around this table will understand that.

It has been difficult to get matching dollars in New Brunswick because it takes almost all the cash we have to run a health care system. I hear some dire numbers of how much we are in debt for health care.

The last area we would put forward is a global health perspective. This is in part based on what has been going on in the last two or three weeks around the Cipro and the September 11th issues. We have, as a government and as a country, put our name on the line as being one of the countries that will support the World Health Organization and the global health network. However, when it comes to patent laws we are letting people in other countries die and that is not moral. If someone dies because he or she cannot have medicine that is available because of cost, that is immoral. That is an issue that all of us in this room and in the whole country should be looking at. Up to this point in time, we have been well respected globally.

Mr. Robert Simpson, Chief Executive Officer, New Brunswick Healthcare Association: Honourable senators, the New Brunswick Healthcare Association represents the eight region hospital corporations in our province, and is charged with promoting policies which lead to a sustainable, universally accessible health care system which is of world-class quality. On behalf of our members, I would thank the members of your committee for embarking on this travel schedule to allow for

médecine dans la province. Nous ne faisons que commencer à considérer les enjeux liés à la santé par opposition aux enjeux médicaux. Certains problèmes doivent être abordés au niveau provincial.

Il n'en reste pas moins que le gouvernement fédéral ne nous a pas facilité la tâche parce que la plupart des crédits consacrés actuellement à la santé doivent faire l'objet d'un versement équivalent de la province, et notre province ne dispose pas des crédits nécessaires étant donné sa faible population. En conséquence, nous sommes privés des crédits de recherche en provenance d'Ottawa. Nous cherchons un moyen de tourner cette difficulté et nous exerçons des pressions pour pouvoir tirer un meilleur parti des ressources disponibles.

Après avoir siégé au sein d'un ou deux comités d'évaluation fédéraux, je considère par ailleurs qu'il faut revoir les recherches que nous finançons parce qu'au niveau fédéral nous avons tendance à financer des chercheurs ayant une longue expérience. Tous nos chercheurs et tous nos enseignants universitaires sont des spécialistes chevronnés au Canada. La plupart d'entre eux sont près de la retraite. Si nous n'entreprenons pas de financer de jeunes chercheurs, de jeunes enseignants universitaires, dans dix ans nous aurons perdu tout notre potentiel de recherche. Je l'ai dit au cours d'autres séances des comités et l'on m'a répondu: «Ces gens savent ce qu'ils font.» Je reconnais que ces spécialistes chevronnés savent probablement ce qu'ils font, mais nous devons nous faire les porte-parole de la jeune génération, pour qu'elle apprenne à s'acquitter de cette tâche et pour qu'elle prenne la relève. Personnellement, je ne suis pas éternelle et la plupart de mes collègues autour de cette table vont me comprendre.

Il est difficile de trouver un montant équivalent de crédits au Nouveau-Brunswick parce que nous consacrons pratiquement tout notre argent à l'administration du réseau de santé. J'ai entendu mentionner des chiffres catastrophiques pour ce qui est de notre endettement en matière de santé.

Le dernier point que je vais aborder est celui des perspectives mondiales de la santé. Je m'appuie en partie sur ce que nous avons vu ces deux ou trois dernières semaines au sujet du médicament Cipro et sur toutes les repercussions des événements du 11 septembre. Notre gouvernement et notre pays se sont engagés à appuyer l'action de l'Organisation et du réseau mondial de la santé. En ce qui a trait, cependant, à la législation des brevets, nous laissons mourir les habitants d'autres pays, ce qui est contraire à la morale. Il est immoral de laisser mourir quelqu'un qui ne peut pas se procurer de médicaments en raison de leur coût. C'est une question sur laquelle nous devons tous nous pencher dans cette salle et dans le monde entier. Jusqu'à maintenant, nous avons joui d'un grand respect dans le monde.

M. Robert Simpson, président-directeur général, Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick: Honorables sénateurs, l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick représente les organisations hospitalières des huit régions de notre province et elle se charge de faire la promotion des politiques devant assurer la mise en place d'un réseau de soins de santé durable, universellement accessible et de classe mondiale. Au nom de nos membres, je remercie votre comité d'avoir organisé cette

Canadians to appear before you. In fact, I did think you might not get out of P.E.I. last night, but I am glad you did.

Indeed, a public debate is needed as we contemplate the future. The NBHA believes that the public now realizes changes in health care are needed and that change will, indeed, come. We commend you for including a full range of options for debate. Clearly, the status quo should not be one of those options.

I will speak from the position of hospitals, since we are a hospital association.

If we will be talking about funds from the federal government, I think it is fair that the federal government should expect that those receiving the funds are operating as efficiently as possible. I want to speak to the organizational reforms that I believe would be appropriate.

With the advent of fully integrated health care systems, larger organizational units become the norm — larger in terms of their breadth. These broader units have the potential to provide a seamless system that can deal efficiently and effectively with the full spectrum of patient-client needs. These broader units can help dissolve the turf issues that hinder efficiency. Inter-jurisdictional issues disappear; and the needs and nuances of the various sectors of health care are more easily understood. The NBHA supports the concept of organizational units that address the full range of health care needs of our citizens.

Today, health care systems everywhere are experiencing manpower shortages in multiple disciplines. Combined with scarce health dollars, which some maintain is a myth, and an aging population, it makes complete sense to organize the delivery of services into speciality centres or centres of excellence. We cannot reasonably expect all speciality services to be available in each region. In New Brunswick, this means that the system must offer specialized services where the best outcomes can occur, outcomes that meet or exceed national standards.

It may mean that in New Brunswick not every service is offered in every regional hospital. It may mean that a particular speciality is offered in only two or even one hospital. We may have to travel further for specialized services. We may have to rationalize key support services into fewer locations. That is part and parcel of being as efficient as possible.

I will deal first with primary care. Reform in this area is urgently needed, but what models or combinations of models do we opt for? Some pilot projects are underway in Canada now and

tournée pour permettre à la population canadienne de témoigner. D'ailleurs, j'ai eu bien peur que vous ne réussissiez pas à quitter L'Île-du-Prince-Édouard hier soir, mais je me félicite de voir que vous avez pu le faire.

Nous avons bien besoin d'un débat public en prévision de l'avenir. L'ASSNB estime que la population a pris désormais conscience de la nécessité d'apporter des changements à notre régime de santé et que des changements vont effectivement se produire. Nous vous félicitons d'avoir engagé le débat sur tout un éventail d'options. De toute évidence, le statu quo n'est plus une option à envisager.

Je vais vous donner le point de vue des hôpitaux étant donné que je représente une association hospitalière.

Puisque nous envisageons de recevoir des crédits du gouvernement fédéral, il est normal, à mon avis, que ce dernier s'attende à ce que les bénéficiaires opèrent avec un maximum d'efficacité. Je vais vous parler des réformes qu'il conviendrait d'apporter, à mon avis, à notre organisation.

Avec l'avènement des réseaux de santé pleinement intégrés, les grosses organisations sont devenues la règle — des organisations dont la portée est plus large. Ces services plus étendus sont en mesure d'assurer le fonctionnement d'un réseau sans discontinuités susceptible de répondre efficacement et utilement à tous les besoins des malades et des clients. Ces services dont la portée est plus large ont les moyens de dépasser les querelles de clocher qui nuisent à l'efficacité du système. Les affrontements entre les diverses juridictions disparaissent et l'on comprend mieux les besoins et les subtilités des différents secteurs de la santé. L'ASSNB est favorable à la mise en place d'organisations qui répondent à tout l'éventail des besoins de nos citoyens en matière de santé.

À l'heure actuelle, tous les réseaux de santé, dans le monde entier, font face à des pénuries de personnel dans maintes disciplines. Lorsqu'à cela vient s'ajouter le manque de crédits, que d'aucuns considèrent comme un mythe, ainsi que le vieillissement de la population, il devient tout à fait logique de dispenser les services par l'intermédiaire de centres spécialisés ou de centres d'excellence. Nous ne devons pas raisonnablement nous attendre à ce que tous les services spécialisés soient disponibles dans toutes les régions. Cela signifie, pour le Nouveau-Brunswick, que le réseau doit offrir des services spécialisés là où ces services donnent les meilleurs résultats, des résultats conformes ou supérieurs aux normes nationales.

Il peut se faire qu'au Nouveau-Brunswick tous les services ne soient pas dispensés par chacun des hôpitaux régionaux. Il peut s'ensuivre qu'une spécialité donnée ne sera offerte que dans deux hôpitaux ou même dans un seul. Il nous faudra éventuellement nous déplacer davantage pour obtenir des services spécialisés. Il se peut qu'il faille rationaliser l'implantation de services logistiques essentiels en les regroupant. Ce sont là les conditions d'une efficacité poussée au maximum.

Je vais tout d'abord parler des soins primaires. Une réforme dans ce secteur s'impose d'urgence, mais à quels modèles ou à quelles combinaisons de modèles va-t-on recourir? Certains

we suggest that more pilots are required so decisions on reforms are made with the best information possible.

NBHA favours a serious look at alternate payment schemes for physicians. We favour the team approach to patient care. We are aware that the skills of our professionals are not put to their best use and that there are disincentives to change. The reforms we adopt need to better match the skill sets of our health care professionals with patient needs.

We suspect that costs in primary care, if reforms are made, will not decrease, but we think that the rate of increase will probably be slowed.

Next I will touch on the issue of financing. When it comes to the financing of health care at the level of the hospital corporations, the trustees and CEOs do not debate which level of government should fund the system; nor do they debate how different levels of government should share the burden. Boards of trustees have a mandate to provide particular services as defined by the hospital system master plan at specific locations. The debate over who pays and how much, is for governments to decide. What hospital corporations have seen in recent years are demands to be more accountable, and they have delivered. Boards of trustees were told to cut costs, become more streamlined, more efficient, and to the degree that was possible, they did. Recent information from the Canadian Institute of Health Information indicates that the cost of operating hospitals as a percentage of the total cost of the health care system has been declining. In New Brunswick, cuts were made and more was done with less until boards of trustees became concerned about patient safety.

Hospital corporations have done their part to operate as efficiently as possible, as efficiently as the current delivery structure allows. Work stress is at a high level and there are shortages of virtually every type of health professional.

Health care in Canada, and hospitals in particular, desperately need adequate and stable funding for operational costs and for capital equipment.

Yes, the health care system should be organized in ways that provide reasonable access, that are efficient, and that can deliver outcomes that are of a high standard. All of that goes without saying, but after all of that, ongoing, adequate, stable funding is required. The federal government should not expect to take a health care holiday if it desires a high quality health system for its citizens.

When we speak of funding the system in an adequate and stable way, we do not exclude health care research, we do not exclude funding for innovative pilot projects, we do not exclude information technology investment for immediate and future

projets pilotes sont actuellement en cours au Canada et nous proposons de les multiplier pour que les décisions prises en matière de réforme le soient en toute connaissance de cause.

L'ASSNB préconise une étude approfondie des mécanismes de substitution en matière de paiement des médecins. Nous sommes en faveur d'un modèle de soins dispensés en équipe. Nous sommes conscients du fait que la qualification de nos spécialistes de la santé reste sous-utilisée et qu'il y a des blocages qui s'opposent au changement. Les réformes que nous adoptons doivent être mieux adaptées aux compétences de nos spécialistes de la santé compte tenu des besoins des malades.

Nous nous doutons que les coûts des soins primaires, si l'on procède aux réformes, ne vont pas diminuer, mais nous estimons que le rythme des augmentations va probablement être ralenti.

Je vais maintenant aborder la question du financement. Lorsqu'il s'agit de financer les sociétés hospitalières, les gouverneurs et les PDG ne se demandent pas à quel palier de gouvernement doit être financé le régime ni quels doivent être les différents paliers de gouvernement appelés à se partager le fardeau. Les conseils d'administration ont pour mandat de dispenser des services bien précis, tels qu'ils sont définis par le plan directeur des différents hôpitaux. Il appartient aux gouvernements de décider qui doit payer et de fixer les montants. On a exigé ces dernières années que les administrations hospitalières rendent davantage de comptes, et c'est ce qu'elles ont fait. On a demandé aux conseils d'administration de limiter les coûts, de rationaliser davantage, d'être plus efficaces et, dans toute la mesure du possible, c'est ce qu'ils ont fait. Les données récentes fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé nous indiquent que le coût de fonctionnement des hôpitaux a diminué par rapport à l'ensemble des coûts du réseau de la santé. Au Nouveau-Brunswick, on a pratiqué des compressions budgétaires et l'on a réussi à mieux rentabiliser les crédits disponibles jusqu'au moment où les conseils d'administration se sont inquiétés des risques pour la sécurité des malades.

Les administrations hospitalières ont fait leur part pour fonctionner le plus efficacement possible, aussi efficacement que le permet la structure de soins actuelle. La tension dans le travail est à son maximum et il y a des pénuries dans presque toutes les catégories de professionnels de la santé.

Le réseau de la santé au Canada, et plus particulièrement les hôpitaux, ont désespérément besoin d'un financement stable et suffisant pour faire face à leurs frais d'exploitation et d'équipement.

Effectivement, il faut que le réseau de la santé soit organisé de manière à offrir un accès raisonnable, à être efficace et à donner des résultats de qualité. Cela va sans dire, mais on a besoin pour ce faire d'un financement permanent, stable et suffisant. Le gouvernement fédéral ne doit pas s'attendre à pouvoir faire l'impasse sur la santé s'il veut que ses citoyens bénéficient d'un réseau de soins de qualité.

Lorsque nous parlons d'un financement stable et suffisant du réseau de la santé, nous n'excluons pas la recherche effectuée en matière de santé, le financement de projets pilotes novateurs ou les investissements effectués dans la technologie de l'information

needs. All of these are integral parts of a high quality health care system.

Your report examines a number of options for raising funds to ease the burden on government. They include user fees, income tax schemes, medical savings accounts and others. We respectfully submit that there are efficiencies yet to be had by making our delivery structure more efficient and by reforming primary care. If after these reforms are made we find we still cannot sustain the system, then look for creative ways to find additional funds. In the meantime, as these reforms unfold, we could continue to study some of the options raised in your report.

I had a difficult time coming up with just how to approach that because it is always dangerous to say that you should not look for a different approach. Some of those options are interesting. The income tax option, for example, is a good Canadian approach. It spreads costs out in an appropriate way, the way we pay taxes for every other service. There are a few others, though, that are not as interesting to me.

It is useful perhaps to ask, "What should an efficient system cost Canadians on an annual basis?" To answer that we need to compare the Canadian experience to that of other countries. Perhaps we should look at health care costs per person, or what percentage of our GDP we spend on health care. In Canada, we currently spend about 9.5 per cent of our GDP on total health care costs, compared to 13.6 per cent in the U.S., 8.5 per cent in Australia, 10.6 per cent in Germany and 10.4 per cent in Switzerland. It would appear to me that on a national basis we are not out of line.

The report raises the issue of private health care. The NBHA prefers not to enter the philosophical side of that debate. However, given the current shortages of health care professionals, we are concerned the public system would lose more of its scarce human resources to the private side if that option were expanded. The effect would be even longer wait times for access to the system. If wait times are unacceptably long, governments should be addressing that within the context of the public system. It should not use it as an opportunity to expand the private side without clear evidence that it would improve access overall at lower costs than the public system.

NBHA supports the further examination of a national pharmacare initiative with a view to preventing catastrophic drug costs for Canadians. This catastrophic drug cost is becoming more and more common. It is not a bit uncommon to find people having to find \$30,000 from their own resources for health care. I think in Canada there is something wrong with that, and I think a national pharmacare initiative should be thought of, especially in that respect.

pour les besoins immédiats et futurs. Tout cela fait partie intégrante d'un réseau de santé de grande qualité.

Votre rapport examine un certain nombre de possibilités pour recueillir des fonds permettant d'alléger le fardeau du gouvernement. Il s'agit de faire payer des frais par les usagers, de prévoir des mesures dans notre fiscalité, d'instituer des comptes d'épargne pour les frais médicaux, et cetera. Nous vous faisons respectueusement remarquer qu'il reste des économies à faire en rentabilisant notre structure de délivrance des soins et en réformant nos soins primaires. Ce n'est qu'une fois que l'on aura procédé à ces réformes que l'on pourra envisager de nouveaux moyens de recueillir des fonds si nous nous apercevons que, malgré les mesures prises, nous ne pouvons toujours pas défrayer le coût de la santé. En attendant que ces réformes fassent leurs preuves, il nous faut continuer à étudier certaines possibilités offertes par votre rapport.

J'ai bien du mal à aborder ce problème parce qu'il est toujours dangereux de dire qu'il faut rejeter une démarche nouvelle. Certaines des possibilités envisagées sont intéressantes. L'option de la fiscalité, par exemple, est une bonne démarche canadienne. Elle permet de répartir les coûts de manière appropriée, comme on le fait lorsqu'on taxe tous les autres services. Il y en a d'autres, cependant, qui m'intéressent moins.

Il est peut-être utile de se poser la question suivante: «Que devrait coûter par an un système efficace à la population canadienne?» Pour répondre à cette question, il nous faut comparer la situation canadienne à celle d'autres pays. Nous pourrions peut-être nous pencher sur les coûts de la santé par habitant ou sur le pourcentage de notre PIB que nous consacrons à la santé. Au Canada, nous consacrons actuellement environ 9.5 p. 100 de notre PIB à l'ensemble de nos services de santé contre 13.6 p. 100 aux États-Unis, 8.5 p. 100 en Australie, 10.6 p. 100 en Allemagne et 10.4 p. 100 en Suisse. Il me semble que sur le plan national nous nous situons dans la bonne moyenne.

Le rapport aborde la question des soins de santé privés. L'ASSNB préfère ne pas se lancer dans ce débat de principe. Étant donné toutefois la pénurie actuelle de professionnels de la santé, nous craignons que le réseau public perde encore plus de ses effectifs déjà déficients en faveur du secteur privé si l'on élargissait cette possibilité. Il en résulterait des délais d'attente encore plus longs pour accéder aux services du réseau. Si les délais d'attente devenaient inacceptables, il faudrait que les gouvernements règlent le problème dans le cadre du réseau public. Il ne faudrait pas en tirer prétexte pour favoriser l'expansion du secteur privé sans qu'il soit clairement établi que l'on va ainsi améliorer l'accès global, à moindre coût, au réseau public.

L'ASSNB est favorable à la poursuite de l'étude du projet d'assurance-médicaments à l'échelle nationale dans le but d'éviter à la population canadienne d'avoir à payer des frais astronomiques de médicaments dans les cas graves. Le paiement de frais astronomiques est de plus en plus courant. Il n'est pas rare que des gens aient à sortir 30 000 \$ de leur poche pour payer leurs frais de santé. Je considère que c'est inadmissible au Canada et qu'il convient de réfléchir à la mise en place d'un projet d'assurance-

I was also disturbed to find that in New Brunswick about one-third of the citizens do not have a health insurance program. When you compare that with the rest of the country, it is simply not acceptable. I do not have any recommendations on how to address that, but it is disturbing. Perhaps a national pharmacare initiative, if it is studied, could look after that problem.

We support a national drug formulary for two reasons: there may be cost savings with a single buying agency; and it would eliminate differences in the formularies that now exist between jurisdictions.

The NBHA does not support the adoption of inflexible policies with respect to the mandatory use of lowest-cost therapeutically equivalent drugs. The nature and complexity of illness and the rapid advances in drug development make inflexible policies troublesome. That said, given the large increase in drug costs, hospital policies should reflect a culture that minimizes drug costs, but not at the expense of best practice in patient care.

NBHA supports home care programs and recognizes that the need for these services will increase dramatically. NBHA views the Extra-Mural component of home care as an extension of hospital services. The program should, therefore, encompass all medically necessary interventions. I am referring to the Extra-Mural Program as we know it in New Brunswick, which I think is a very good program.

Clearly, the federal government has a major role to play in health research. Further, doubling health research dollars to 1 per cent of health care spending is warranted. If we hope to decrease the demand on health care services, we need to have a healthier population. Research should include a focus on areas that lead to a culture of wellness in our Canadian society, including a sense that, as individuals, we should assume more responsibility for our own health.

On the topic of human resources, the current shortage of health care professionals is a very serious problem that cannot quickly be remedied. Hospitals are struggling to find needed professionals on a daily basis. Procedures are postponed, beds are closed, and admissions are delayed on a regular basis due to a lack of health care professionals. Indeed, it is a puzzle to Canadians how this situation could come about. Surely, we have the ability to more accurately predict our needs in this respect so our institutions of higher learning could better match the supply with the need. In the meantime, reforms that are taking place now or in the near future should emphasize the practice of using the skill sets of all health professionals efficiently. There are countless examples of doctors

médicaments à l'échelle nationale, particulièrement pour régler ce genre de problème.

Je me suis inquiété par ailleurs de constater qu'au Nouveau-Brunswick, environ un tiers des citoyens n'avaient pas de régime d'assurance-santé. Comparativement à ce qui se passe dans le reste du pays, c'est tout simplement inacceptable. Je n'ai pas de recommandation à faire pour remédier au problème, mais c'est bien inquiétant. On pourrait peut-être s'efforcer de le régler dans le cadre du programme national d'assurance-médicaments dont on va éventuellement étudier la mise en place.

Nous sommes en faveur d'un registre national des médicaments pour deux raisons: un seul organisme acheteur pourrait peut-être permettre de réaliser des économies, et on pourrait éliminer les disparités qui existent actuellement entre les registres selon les provinces.

L'ASSNB n'est pas favorable à l'adoption de politiques intransigeantes touchant le recours obligatoire aux médicaments les moins coûteux qui soient équivalents sur le plan thérapeutique. La nature et la complexité des maladies ainsi que l'apparition accélérée de nouveaux médicaments font que les politiques intransigeantes sont source de difficultés. Cela dit, étant donné la forte augmentation du coût des médicaments, il faut que les politiques hospitalières aient le souci de minimiser les frais de médicaments, sans que cela se fasse toutefois au détriment des malades, qui doivent recevoir les meilleurs traitements.

L'ASSNB est favorable aux soins à domicile et reconnaît que ces services vont être de plus en plus nécessaires. Elle considère que le volet externe des soins à domicile est le prolongement de l'hospitalisation. Il faut donc que ce programme permette de procéder à toutes les interventions nécessaires d'un point de vue médical. Je me réfère au programme Extra-muros, tel que nous le connaissons au Nouveau-Brunswick, qui me paraît un excellent programme.

Il est évident que le gouvernement fédéral a un grand rôle à jouer en matière de recherche sur la santé. Il est justifié par ailleurs de doubler le montant des crédits consacrés à la recherche pour les porter à 1 p. 100 des dépenses effectuées en matière de santé. Pour pouvoir espérer faire baisser la demande de services de santé, nous avons besoin d'une population en meilleure santé. La recherche doit porter aussi sur les facteurs de bonne santé dans la société canadienne, notamment l'idée selon laquelle, en tant qu'individus, nous devons prendre davantage en charge notre propre santé.

Sur le plan des ressources humaines, la pénurie actuelle de professionnels de la santé est un problème très grave qui ne peut pas être corrigé immédiatement. Les hôpitaux luttent quotidiennement pour trouver les professionnels dont ils ont besoin. Des opérations sont retardées, des lits ferment et des admissions sont régulièrement remises à plus tard par manque de professionnels de la santé. En fait, les Canadiens n'arrivent pas à comprendre comment une telle situation a pu se produire. Nous devrions certainement avoir la possibilité de mieux prévoir nos besoins dans ce domaine pour que nos établissements d'enseignement supérieur adaptent plus précisément l'offre aux besoins. Dans l'intervalle, les réformes qui sont entreprises

and nurses performing tasks that could be done by nurses or LPNs. This poor use of skills is costly and counterproductive.

In closing, the New Brunswick Healthcare Association appreciates this opportunity to present to your committee. While we believe we now have a good health care system, it is not without serious challenge. Those challenges can only be met with the full participation of the federal government, resulting in adequate and stable funding in the broad sense of health care. I do wish you every success.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Simpson, for an excellent brief that followed along very nicely on many of the issues that we raised in our Issues and Options paper.

Ms Sherry Porter, Atlantic Canada Representative, Canadian Association of Chain Drug Stores: With me today is Ms Sandra Aylward, Vice-President of Pharmacy Service, Lawtons Drug Stores. She is a board member of our national board and will join me for any questions following the presentation.

You have a rather lengthy presentation in front of you. I will not read it but, rather, I will pick some highlights from the presentation. There are some very interesting appendices attached to our brief that I hope you will have an opportunity to look at in detail.

The CACDS has 19 members. We represent traditional chain drug stores, grocery chains, and mass merchandisers. The stores that you would ordinarily shop in are the stores we represent. We provide well over half of the nation's prescriptions. Each year, we employ 70,000 Canadians, including more than half of all the pharmacists in the country, and we represent well over 50 per cent of the pharmacies.

We are a relatively new organization, established in 1995. Since then we have been focussing on building the organization, putting the structures and systems in place. We are now able to take a more active role in the health care system, working with governments, and working on forming new health care partnerships.

We are a national association dedicated to supporting chain retailers and their pharmacists, and to providing accessible and convenient health care to people in Canada.

I want to take a minute to review the key goal of the association, that is, to contribute to the development of innovative health solutions.

We encourage governments and other health care partners to act in the public interest and make better use of the infrastructure available in the over 3,000 locations that we represent. We want to promote better utilization of our members, 12,000 pharmacists, as

aujourd'hui ou qui le seront à l'avenir doivent mettre l'accent sur une optimisation de l'utilisation des compétences de tous les professionnels de la santé. On voit des milliers d'exemples de médecins ou d'infirmières diplômées qui assument des tâches qui pourraient être exécutées par des infirmières subalternes ou auxiliaires. Cette mauvaise utilisation des compétences est coûteuse et a des effets pervers.

Je conclurai en disant que l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick est heureuse d'avoir pu comparaître devant votre comité. Certes, nous sommes convaincus que nous avons un excellent réseau de santé, mais il y aura de sérieuses difficultés à surmonter. On ne pourra le faire qu'en comptant sur l'entière participation du gouvernement fédéral pour que les crédits consacrés à la santé, pris au sens large, soient stables et suffisants. Je vous souhaite le plus grand succès.

La vice-présidente: Merci, monsieur Simpson, de cet excellent exposé qui aborde systématiquement nombre de questions que nous avons évoquées dans notre document «Questions et options».

Mme Sherry Porter, représentante pour les des maritimes, Association canadienne des chaînes de pharmacies: J'ai à mes côtés aujourd'hui Mme Sandra Aylward, vice-présidente du service pharmaceutique chez Lawtons Drug Stores. Elle est membre de notre conseil d'administration national et se joindra à moi pour répondre à vos questions à la suite de cet exposé.

Vous avez devant vous un assez long mémoire. Je ne vais pas le lire intégralement, mais vous en donner les grandes lignes. Nous avons joint à ce mémoire un certain nombre d'annexes très intéressantes que vous aurez l'occasion, j'espère, de consulter en détail.

L'ACCP compte 19 membres. Nous représentons les chaînes de pharmacies traditionnelles, les chaînes d'épicerie et les grandes surfaces. C'est dans les magasins que nous représentons que vous faites généralement vos achats. Nous délivrons largement plus de la moitié des prescriptions dans votre pays. Nous employons d'une année sur l'autre 70 000 Canadiens, y compris plus de la moitié des pharmaciens du pays, et nous représentons largement plus de la moitié des pharmacies.

Notre organisation est relativement nouvelle, puisqu'elle a été créée en 1995. Depuis lors, nous nous sommes efforcés de bâtir notre organisation et de mettre en place les structures et les systèmes. Nous sommes désormais en mesure de jouer un rôle plus actif au sein du réseau de la santé en collaborant avec les gouvernements et en nous attachant à créer de nouveaux partenariats en matière de santé.

Notre association nationale appuie l'action des chaînes de détaillants et de leurs pharmaciens et dispense des soins de santé accessibles et pratiques à la population canadienne.

Je vais consacrer quelques instants à l'examen de l'objectif essentiel de notre association, qui est de contribuer à la mise en place de solutions novatrices en matière de santé.

Nous incitons les gouvernements et les autres partenaires du secteur de la santé à agir dans l'intérêt public et à faire un meilleur usage des infrastructures disponibles dans plus de 3 000 magasins que nous représentons. Nous voulons promouvoir une meilleure

key health care providers in the prevention and management of health problems. We are there to protect the economic foundation of our members, to ensure continued access to high quality pharmacy services, and to promote growth and increased customer satisfaction by enhancing the relationships we have with our supplier partners. In the spirit of that mandate, we are here today to talk to you.

I have not had an opportunity to look over our submission, but I understand that it does provide a detailed review of our position on health reform, and our best advice and recommendations on how pharmacy can play a leadership role in providing higher quality health care.

It goes without saying that our health care system is undergoing great stress and change. We believe we are at a point in Canada where we must consider some fundamentally different health care models that not only build on the positives in the system but also improve the quality and responsiveness of our health services, including the quality of the outcomes.

Our members are uniquely positioned to play a more significant role in the health care system of the future. Our member pharmacists can continue to provide a high level of care, take pressure off other health care services and save the health system money if they are allowed to use their extensive training and play a much broader role in drug use management and pharmaceutical care than they do today. Pharmacists today are well prepared to play that much greater formal role in health care, a role that will truly make the best use of their education and skills and that goes beyond basic prescription dispensing and counselling. In the short term, this could include drug monitoring and compliance, drug therapy intervention, pharmaceutical care and patient focussed educational services. Over the long term, this could eventually include prescriptive authority.

We are collaborating with other stakeholders, including the Canadian Pharmacists Association, to enable pharmacists to provide these valuable services. A detailed overview of pharmacy services with reference to short- and long-term future roles is included in appendix A at page 15 of our detailed presentation.

In practical terms, pharmacists can also help manage drug use and costs by working with physicians and other health professionals in making sure people get the right medication and use it properly. In order to optimize results, consumers of pharmacy services should be encouraged to form an ongoing relationship with their chosen provider to ensure continuity of care. While this appears simple, when, over time, pharmacists come to play an expanding role in health care services, it will mean decreased hospital admissions, decreased emergency room

utilisation des services de nos membres, des 12 000 pharmaciens qui dispensent des soins de santé essentiels en matière de prévention et de gestion des problèmes de santé. Nous sommes là pour protéger l'assise économique de nos membres, pour maintenir l'accès à des services de pharmacie de grande qualité et pour promouvoir la croissance et une meilleure satisfaction des clients en faisant progresser la relation que nous avons avec nos fournisseurs, qui sont aussi nos partenaires. C'est dans cet esprit que nous comparaissons aujourd'hui devant vous.

Je n'ai pas eu la possibilité de consulter notre mémoire, mais je crois savoir qu'il présente de manière détaillée notre position pour ce qui est de la réforme de la santé et qu'il fait état de nos conseils et de nos recommandations pour que la pharmacie puisse jouer un rôle déterminant lorsqu'il s'agit de dispenser des soins de santé de qualité.

Il va sans dire que notre réseau de la santé est soumis à de fortes tensions et doit faire face au changement. Nous estimons que nous en sommes au Canada à un point où il nous faut envisager des modèles de santé fondamentalement différents qui, non seulement tirent parti des points forts de notre système, mais aussi améliorent la qualité et l'adaptation de nos services de santé, notamment en ce qui a trait aux résultats obtenus.

Nos membres sont particulièrement bien placés pour jouer un rôle plus significatif à l'avenir en matière de santé. Les pharmaciens qui sont membres de notre association peuvent continuer à dispenser des soins de qualité, à soulager les autres services de santé et à faire économiser de l'argent au réseau de la santé si on les autorise à faire usage de leur formation poussée et à jouer un rôle plus actif dans la gestion des médicaments administrés et des soins pharmaceutiques qu'ils ne le font à l'heure actuelle. Les pharmaciens sont aujourd'hui largement préparés à jouer un rôle bien plus officiel au sein du réseau de la santé, rôle qui leur permettra de tirer pleinement parti de leur formation et de leurs compétences et qui va au-delà des simples conseils et de la délivrance des médicaments prescrits. Dans un premier temps, cette fonction pourrait englober le contrôle et le respect de la prise de médicaments, l'intervention en matière de thérapies liées aux médicaments, les soins pharmaceutiques et la sensibilisation des malades. À long terme, cela pourrait déboucher sur le pouvoir de prescrire des médicaments.

Nous collaborons avec les autres parties prenantes, notamment avec l'Association des pharmaciens du Canada, pour permettre aux pharmaciens d'offrir ces services précieux. Vous trouverez à l'annexe A, à la page 15 de notre mémoire détaillé, un tableau des services dispensés par les pharmacies, faisant état des rôles envisagés à l'avenir, à court terme et à long terme.

Dans la pratique, les pharmaciens peuvent aussi participer à la gestion de l'utilisation et du coût des médicaments en collaborant avec les médecins et avec d'autres professionnels de la santé pour s'assurer que la population reçoit les médicaments appropriés et s'en sert comme il se doit. Afin d'optimiser les résultats, il faut que les consommateurs de services pharmaceutiques soient incités à créer des liens durables avec les fournisseurs qu'ils se sont choisis afin d'assurer la continuité des soins. Tout cela paraît très simple, mais lorsqu'à l'avenir les pharmaciens joueront un rôle

visits, physician and special visits, and lower overall health care costs.

We have recently completed a research project called "The Fredericton Pharmacy Initiative," which was undertaken by CACDS and the Government of New Brunswick. It showed that, when pharmacists provided face-to-face advice and disease state education to patients with asthma and gastrointestinal disease, compliance with the drug therapy increased by 15 per cent, emergency room visits dropped by more than 80 per cent, and visits to general practitioners and specialists dropped from between 9 per cent and 47 per cent for both patient groups combined. These are very significant cost savings.

Our members also have a sophisticated health care infrastructure that is already in place, well managed, well used, and that can easily serve as a foundation to enable primary care reform in provinces across the country. In contrast to some models of primary care reform under investigation in the UK, there is not a need for public sector investment in pharmacy infrastructure as primary care reform proceeds in different parts of our country.

We are, through our existing pharmacy infrastructure, already providing the potential for virtual links between pharmacy and other members of the primary health care team. This infrastructure is already equipped to support pharmacists in playing an expanded role in many areas of health care, in particular, drug use management and pharmaceutical care, home care, diagnostic and screening services, health promotion and prescriptive authority. This gives pharmacy the ability to be an integral part of the primary care system.

Members of this committee need to know that realizing the benefits of an expanded role for pharmacists is definitely the way to go, but you also need to know that there is a significant challenge here. A recent Ipsos-Reid CACDS survey of retail pharmacists indicate that Canada needs over 2,000 pharmacists just to fill the existing vacancies nationwide, let alone respond to future health care needs.

As an industry, we are taking a leadership role in this and we are developing a strategy to deal with this important health care problem. We are collecting data, collaborating on labour market research and working with provincial governments in every province to expand enrolment at schools of pharmacy, as well as working towards making better use of pharmacists' knowledge and skills. We are using technologies and innovations today such as interactive voice response and robotic dispensing systems to improve accessibility and to free up pharmacists to provide more extensive valuable drug use management and pharmaceutical care services.

accru au sein du réseau de la santé, il en résultera une diminution des admissions à l'hôpital, des visites en salle d'urgence, des consultations des médecins et des spécialistes et du coût de la santé.

Nous venons de mener à bien un projet de recherche, le «Projet pharmaceutique de Fredericton», qui a été entrepris par l'ACCP et par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Il nous révèle que lorsqu'on a demandé aux pharmaciens de donner des conseils personnels et d'informer les patients au sujet de leur maladie, les personnes souffrant d'asthme et d'affections gastro-intestinales ont été 15 p. 100 plus nombreuses à prendre leurs médicaments, les visites en salle d'urgence ont baissé de 80 p. 100 et les consultations des médecins et des spécialistes ont diminué respectivement de 9 et de 47 p. 100 pour les malades des deux groupes combinés. Ce sont là des économies très significatives.

Nos membres possèdent par ailleurs des infrastructures de soins de santé perfectionnées qui sont déjà en place, bien gérées et bien utilisées, et sur lesquelles on peut facilement s'appuyer pour réformer les soins primaires dans toutes les provinces du pays. Contrairement à certains modèles de réforme des soins primaires qui sont en cours d'étude au Royaume-Uni, il n'est pas nécessaire que les pouvoirs publics investissent dans les infrastructures pharmaceutiques à mesure que va avancer la réforme des soins primaires dans les différentes régions de notre pays.

Grâce aux infrastructures de nos pharmacies actuelles, nous sommes déjà en mesure d'assurer potentiellement la liaison entre les pharmacies et les autres membres des équipes chargées des soins primaires. Ces infrastructures sont déjà équipées et doivent aider les pharmaciens à jouer un rôle accru dans de nombreux secteurs de la santé, notamment en matière de gestion de la prise de médicaments et des soins pharmaceutiques, des soins à domicile, des services de diagnostic et d'examen, de la promotion de la santé et de la prescription des médicaments. La pharmacie pourra alors faire partie intégrante du réseau des soins primaires.

Les membres de votre comité doivent comprendre que l'extension du rôle des pharmaciens s'impose, mais il vous faut aussi savoir qu'il y aura un important défi à relever en la matière. Une enquête Ipsos-Reid commandée récemment par l'ACCP et menée auprès des pharmaciens détaillants nous révèle que le Canada a besoin de plus de 2 000 pharmaciens supplémentaires simplement pour combler les postes vacants à l'échelle du pays, sans compter le fait que les besoins vont augmenter à l'avenir.

Notre industrie a pris l'initiative en la matière et nous nous sommes dotés d'une stratégie visant à remédier à ce problème important en matière de santé. Nous recueillons des statistiques, nous collaborons à la recherche effectuée sur le marché du travail et nous oeuvrons, de concert avec tous les gouvernements provinciaux, à faire augmenter les inscriptions dans les écoles de pharmacie et à promouvoir une meilleure utilisation des connaissances et des compétences des pharmaciens. Nous avons recours aux technologies modernes et aux dernières innovations telles que la reconnaissance de la voix ou les robots serveurs afin d'améliorer l'accès à nos services et à libérer les pharmaciens pour qu'ils puissent dispenser des services plus précieux de gestion de la prise de médicaments ou de soins pharmaceutiques.

However, we do recognize that the complexity of the shortage issue is linked to a much wider health, human resource issue in general. In this respect, a comprehensive national cross-sector approach to resolving the health, human resource issues across all professional lines is clearly needed.

Our organization believes strongly in the importance of cooperation and partnership in developing those solutions. We have a lot of experience, we have a lot of initiative in those areas, and we are prepared to work with governments to develop the solutions to make the system more integrated and sustainable.

We have only touched on the fundamentals of our position and of our advice, but we are optimistic that, with further discussion and analysis, it will become clear just how much pharmacy can offer in terms of improving the health of Canadians.

Senator Robertson: Thank you all for such excellent presentations. There are so many questions to ask you about where you are coming from and where you are going, shall we say, in street terms, that we will have to use our time wisely.

I would start with Dr. Dykeman, if I may. Thank you for coming back to Canada. We know that we have a severe nursing shortage and that other medical classifications are in great demand. Can you offer us any advice as to how we can increase the number of nurses more quickly than the present methodologies allow us to do?

Dr. Dykeman: I would start by introducing Dr. Cheryl Gibson, Dean of Nursing, University of New Brunswick. She will also be pleased to answer any questions. In fact, she might be able to answer some of them better than I can.

From my international experience, I recognize that this is a complex problem. Currently, we are engaged in one research study of life issues involving nursing in New Brunswick. We are hoping that, in coming years, CHSRF will fund a more detailed second study for which we have already entered proposals. Hopefully, the information that will come out of those studies will be research based. I understand that "evidence based" is the jargon being used these days.

One problem is that we have yet to recognize the enormity of what nurses offer to the Canadian system. I heard it said today that we are not educating enough people. I stand to correct everybody. We are educating all kinds of people, but we are not retaining them. Half of my classes leave for the States before they graduate. Why should they stay here? There is no continuing education. The wages are about the same, but the workplace is much different. I have colleagues who would not think of coming home because they get all of their continuing education free. They get time off to do it. They have lots of perks. If they want to move from one

Nous reconnaissons toutefois que la complexité du problème lié à la pénurie se rattache à un problème plus général et plus vaste de personnel du secteur de la santé. À ce titre, il est absolument nécessaire qu'une démarche globale et intersectorielle au niveau national s'efforce de résoudre le problème des ressources humaines dans le réseau de la santé pour toutes les catégories professionnelles.

Notre organisation est convaincue de la nécessité d'une collaboration et d'un partenariat pour parvenir à ces solutions. Nous avons une grande expérience, nous avons pris de nombreuses initiatives dans ces domaines et nous sommes prêts à oeuvrer avec les gouvernements à la mise en place de solutions permettant de nous doter d'un réseau mieux intégré et plus durable.

Je n'ai fait qu'aborder les éléments essentiels de notre analyse en donnant des conseils généraux, mais c'est avec confiance que nous attendons la suite de nos discussions et de cet examen, qui vous montreront clairement tout ce que la pharmacie peut apporter pour améliorer la santé des Canadiens.

Le sénateur Robertson: Je remercie tous les témoins de leurs excellents exposés. Nous avons tellement de questions à vous poser sur les tenants et les aboutissants de vos thèses, si vous me passez l'expression, qu'il va nous falloir utiliser judicieusement le temps qui nous est imparti.

Je commencerai par la Dre Dykeman, si vous me le permettez. Merci d'être revenue au Canada. Nous savons qu'il y a chez nous une grave pénurie d'infirmières et que d'autres catégories de personnel médical sont aussi très demandées. Avez-vous des conseils à nous donner afin que nous puissions faire augmenter plus rapidement nos effectifs infirmiers que ne l'autorisent les méthodes actuelles?

La Dre Dykeman: Je vais commencer par vous présenter la Dre Cheryl Gibson, la doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick. Elle se fera elle aussi un plaisir de répondre à vos questions. Elle sera d'ailleurs peut-être mieux en mesure que moi de répondre à certaines d'entre elles.

Mon expérience internationale me fait dire que le problème est complexe. Nous effectuons en ce moment une étude des questions liées à la vie des infirmières au Nouveau-Brunswick. Nous espérons qu'à l'avenir la FCRSS financera une deuxième étude plus détaillée au sujet de laquelle nous avons déjà fait des propositions. On peut espérer que l'information tirée de ces études s'appuiera sur une véritable recherche. Je crois savoir qu'on dit «s'appuyer sur des preuves» dans le jargon d'aujourd'hui.

L'un des problèmes, c'est que nous n'avons pas encore reconnu l'ampleur du service fourni par les infirmières au sein du réseau canadien. J'ai entendu dire aujourd'hui que nous ne formions pas suffisamment de personnel. Je m'inscris en faux. Nous formons du personnel en quantité, mais nous n'arrivons pas à le conserver. La moitié de mes promotions d'infirmières partent aux États-Unis une fois diplômées. Pourquoi resteraient-elles chez nous? Il n'y a pas de formation permanente. Les salaires sont à peu près les mêmes, mais le milieu de travail est bien différent. J'ai des collègues qui n'ont aucunement l'intention de rentrer au pays

place to another, they get moving bonuses. We are beginning to think about those issues now, but we are not very good at it yet. For instance, we are not offering our nurses in the United States full-time jobs if they will come home. We are offering to pay for their moves, but we are not guaranteeing them positions and we are not guaranteeing them the status they might hold in the U.S. There are many complex issues within the educational issue that we must consider.

Our preliminary data from our research indicates that nurses want continuing education but they are not getting it. They want support in the workplace, but they are not getting it. Those are some of the major issues.

Senator Robertson: Do you see a role for the federal government in continuing education for nurses?

Dr. Dykeman: Yes, I see both an advocacy role and a dollar-and-cents role. We need some supports in place to do these things. I suspect that universities should be doing them, but universities are not getting the support to provide ongoing, continuing education. We keep saying that learning is a lifelong issue. We talk the language, but we do not support the infrastructures that can bring that about. We need to research how we can run those programs efficiently and cheaply. Web-based information is good, but for clinical situations it may not be the way to go because students need to be able to use all of their senses to learn a skill.

Nurses also need to be aware of various community issues, know how they can advocate within communities, and know how they can support population health issues. They must know what their place is in all of that. That has not been where nurses have been best utilized in years gone by. I am a diploma nurse who qualified within the system. I worked for 25 years in the institution before moving on to higher education. Community issues are important issues, and we need to be able to move out of the box we have created, and view the issues as part of a bigger picture.

Senator Robertson: You raised the issue of the restructuring of responsibilities. I will call it, of the different health professions. We have heard a lot about this subject. A major problem in doing that is that you must break down the existing patterns and encourage a cooperative approach. How do you think we could break down the barriers between doctors, nurses RNAs, pharmacists, et cetera? What responsibilities could your nurses take on now or with further training? How could they take some of the load off the doctors? What responsibilities would you

parce que leurs cours de formation permanente sont gratuits. Elles obtiennent des congés pour les suivre. Elles ont beaucoup d'avantages annexes. Si elles veulent déménager, elles touchent une prime de déménagement. Nous commençons à réfléchir à toutes ces questions à l'heure actuelle, mais nous le faisons encore très mal. Ainsi, nous n'offrons pas des emplois à temps plein à nos infirmières qui se trouvent actuellement aux États-Unis si elles décident de rentrer au pays. Nous offrons de payer leur déménagement mais nous ne leur garantissons pas un poste ni le statut qu'elles pourraient avoir aux États-Unis. Il y a bien des questions complexes qu'il nous faut envisager dans le domaine de la formation.

Les premières données tirées de nos recherches nous indiquent que les infirmières veulent bénéficier d'une formation permanente mais qu'elles ne peuvent pas l'obtenir. Elles veulent être appuyées dans leur travail, mais elles ne réussissent pas à l'obtenir. Voilà quelques-unes des grandes questions qui se posent.

Le sénateur Robertson: Est-ce que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle, selon vous, dans la formation permanente des infirmières?

La Dre Dykeman: Oui, il doit avoir un rôle de promotion et dispenser par ailleurs des crédits. Nous devons être appuyées sur notre lieu de travail pour pouvoir faire ce genre de chose. J'imagine que ce sont les universités qui devraient s'en charger, mais les universités ne bénéficient pas d'un appui suffisant pour pouvoir dispenser une véritable formation permanente. Nous répétons toujours que l'apprentissage dure toute la vie. Nous nous payons de mots, mais nous n'appuyons pas les infrastructures susceptibles de nous aider à y parvenir. Nous avons besoin de recherches devant nous permettre de déterminer de quelle façon nous pouvons administrer ces programmes efficacement et moins cher. L'information disponible sur Internet est bonne mais, dans les cas cliniques, ce n'est peut-être pas la bonne façon de procéder parce que les étudiants doivent pouvoir appréhender l'intégralité d'une situation pour progresser.

Les infirmières doivent aussi être conscientes des différents enjeux communautaires, savoir jouer un rôle de porte-parole au sein de leur collectivité et apprendre à promouvoir les questions associées à la santé de la population. Elles doivent savoir quelle est leur place à l'intérieur du système. Ce n'est pas la meilleure utilisation que l'on ait faite des infirmières pendant toutes ces années. Je suis une infirmière diplômée qui est qualifiée au sein du réseau. Pendant 25 ans j'ai travaillé en établissement avant de me consacrer à l'enseignement supérieur. Les questions communautaires sont importantes, et nous devons pouvoir sortir des sentiers battus où nous nous complaisons et replacer les questions dans un contexte plus large.

Le sénateur Robertson: Vous avez évoqué la question de ce que j'appellerai la restructuration des responsabilités au sein des différentes professions de la santé. Nous en avons beaucoup entendu parler. Cette opération présente le grand inconvénient de vous obliger à casser les schémas existants et à favoriser la collaboration. Comment pourrions-nous à votre avis faire tomber les cloisonnements entre les médecins, le personnel infirmier, les IAA, les pharmaciens, et cetera? Quelles sont les responsabilités que pourraient assumer désormais vos infirmières avec une

assign to RNAs? Have you every broken down the responsibilities that these groups could take over?

Dr. Dykeman: We have done some of that, but it needs a lot more work. It would require all the team members to sit at the table, and that is difficult to do. It is much easier for team members to say, "It is been done this way forever," rather than to say, "Let's brainstorm and see how it can work."

The nurse practitioner/physician model works very well in a collaborative practice setting. I worked at that for seven years. I worked in an HIV clinic where I saw people from diagnosis to death. They were my clients and, unless I needed a lot of help from somewhere, I did not have to consult another medical person.

We do not know at this point what the parameters are, but we certainly know that we could do a lot of things in collaboration with each other. That would take the onus off any one profession. However, it has to be done as a collaborative team. We have to start looking at doing it. We have to consider doing it at a community level where the team works together and where more than one service is offered. I understand we cannot all have technology in every region, but we certainly can have primary health care that is efficient in one region so that people do not have to go everywhere to get it. The fragmentation to the system could be fixed if we could get team members to work together.

Senator Robertson: Dr. Haddad, the president of the Canadian Medical Association, advised us in Halifax on Tuesday that they were quite ready to cooperate. I found that to be a most encouraging expression. It renewed some faith I had that it might be possible to break the responsibilities down.

This question, I suppose, could be for all of you, in a sense, because everyone is interested in population health. Would it be helpful if the federal government could provide something like a surgeon general or some sort of a health commission that would be responsible for national education and the national delivery of services, through the provinces, with a view to improving population health? Would that be helpful?

Dr. Dykeman: In our brief we suggested that we need some kind of a standard for health education in Canada. I think what you are suggesting is an even broader concept. A major recurring problem is that we have not standardized what we teach people to assist them to take care of their own health. I must be very honest. One thing that makes me very angry these days is that, at many of the meetings I go to, I hear that people want more health care than we can provide. I do not believe that. I think people want health care that keeps them healthy and takes care of their problems. I do

formation complémentaire? Est-ce qu'elles pourraient décharger les médecins d'une partie de leurs travaux? Quelles sont les responsabilités que vous pourriez attribuer aux IAA? Avez-vous réparti les responsabilités éventuelles de ces différentes catégories de personnel?

La Dre Dykeman: Nous nous sommes penchés sur la question, mais beaucoup de travail reste à faire. Il faudrait que tous les membres de l'équipe s'assoient à la même table et c'est difficile à obtenir. Il est bien plus simple pour les membres de l'équipe d'affirmer: «On a toujours fait comme ça» plutôt que de dire, «Cherchons ensemble les solutions.»

Le modèle de collaboration entre le médecin et le personnel infirmier fonctionne bien dans la pratique de l'établissement. Je l'ai fait pendant sept ans. Je travaillais dans une clinique pour les séropositifs et je prenais en charge les malades depuis leur diagnostic jusqu'à leur décès. C'était mes clients et, tant que je n'avais pas besoin d'une grosse aide externe, je n'avais pas à consulter un autre responsable médical.

Nous ne savons pas pour l'instant quels sont les paramètres mais nous n'ignorons pas que nous pourrions faire bien des choses en collaborant entre nous. Aucune profession en particulier n'aurait à assumer toute la charge. Toutefois, il faut que cela se passe au sein d'une équipe qui collabore. Il nous faut commencer à envisager ce genre de chose. Nous devons envisager de le faire au niveau communautaire, là où les membres de l'équipe travaillent ensemble et où l'on dispense différents services. Je comprends bien que nous ne pouvons pas posséder toutes les technologies dans toutes les régions, mais il n'y a aucune raison pour que dans une région donnée nous ne disposions pas d'un service de soins de santé primaires efficaces pour que la population n'ait pas à se déplacer partout pour les obtenir. On pourrait remédier à la fragmentation du système si l'on pouvait amener les membres de l'équipe à travailler ensemble.

Le sénateur Robertson: Le Dr Haddad, le président de l'Association médicale canadienne, nous a informés mardi à Halifax que son association était tout à fait prête à coopérer. J'ai trouvé cela particulièrement encourageant. Je n'avais jamais totalement perdu l'espoir de voir un jour que ces responsabilités puissent être partagées.

Ma question s'adresse, j'imagine, à chacun d'entre vous étant donné que dans une certaine mesure vous vous intéressez tous à la santé de la population. Ne serait-il pas utile que le gouvernement fédéral demande à un responsable tel que le directeur des services de santé ou encore à une commission de la santé de se charger de la formation et de la fourniture des services au niveau national par l'intermédiaire des provinces dans le but d'améliorer la santé de la population? Est-ce que ça pourrait être utile?

La Dre Dykeman: Nous avons laissé entendre dans notre mémoire que nous avons besoin de certaines normes s'appliquant à la formation en matière de santé au Canada. Je pense que vous proposez là un modèle de portée encore plus générale. Un des grands problèmes qui revient constamment, c'est le fait que nous n'avons pas normalisé l'enseignement que nous devons donner à la population pour l'aider à prendre soin de sa propre santé. Je vais être très honnête avec vous. L'une des choses qui m'horripile ces temps-ci, dans nombre de réunions auxquelles j'assiste, c'est

not think they are asking for the Cadillac plan: I think they are asking for something of quality that is very basic. I have a slight philosophical difference of opinion. What you are suggesting, I think, would level the playing field so that we could do something in that respect.

Senator Robertson: Mr. Simpson, I know your organization as the "New Brunswick Hospital Association." I am sure that ages me, does not it? We are all familiar with the problem of long waiting lists for hospital care and of the waiting lines in doctors' offices. In fact, some people cannot find a physician. My question, however, relates to equipment in hospitals that is not fully utilized because of the inability to get sufficient staff. Medical equipment is very expensive and some people feel it should be used almost 24 hours a day rather than from eight until four or whatever. This is contributing to the lengthy line-ups waiting for various treatments. How can we get more value from the expensive medical equipment that we have?

Mr. Simpson: That is a tough question. We have such a shortage of professionals that, if the organization and the staff were in favour of operating 20 hours a day, using equipment that was commonly needed, it is a question of whether we have the manpower and the support staff to do that. If we take one step ahead and say that we do have the manpower and the support staff, then it would make sense from a patient care perspective because the waiting lines would get shorter and people would get well quicker. I think it makes sense to do that. However, within the culture of our practice, there are obstacles to overcome. The professionals would have as much difficulty with change as I would or as would any other group of Canadians. It is like the previous question about making changes. It does seem logical. In some part of New Brunswick there is equipment in hospitals that is being used only a half a day a week.

Senator Robertson: That would be very expensive.

Mr. Simpson: Yes.

Senator Robertson: Are you familiar with Dr. McGowan's project at Sunnybrook?

Mr. Simpson: No.

Senator Robertson: I think it is important for the committee to get as much input from the witnesses as possible regarding the future financing of health care.

The McGowan project is very simple. It is a private health care delivery system. It is for profit. They have made an arrangement with the oncology department at Sunnybrook when their regular work day is over at 4 o'clock or 5 o'clock then the McGowan organization brings in a team of oncologists and nurses, et cetera, and all the technicians that are required, and they treat all the oncology patients from that time on until 9 or 10 o'clock at night.

d'entendre dire que la population veut plus de soins de santé que nous ne pouvons en fournir. Je ne le crois pas. Je pense que les gens demandent des soins qui les gardent en santé et qui corrigent leurs maux. Je ne pense pas qu'ils demandent la lune; ils veulent des soins de qualité, qui vont à l'essentiel. Je ne suis pas tout à fait d'accord sur le plan des principes. Ce que vous proposez, à mon avis, placerait tout le monde sur le même pied afin que nous puissions agir dans ce sens.

Le sénateur Robertson: Monsieur Simpson, je connais votre organisation sous le nom d'«Association hospitalière du Nouveau-Brunswick». Voilà qui ne me rajeunit pas, n'est-ce pas? Nous connaissons toutes les difficultés des longues listes d'attente dans les hôpitaux et dans les cabinets des médecins. Il y a d'ailleurs des gens qui n'arrivent pas à consulter un médecin. Ma question porte, cependant, sur l'équipement hospitalier qui n'est pas utilisé à plein en raison de l'impossibilité de trouver suffisamment de personnel. L'équipement médical coûte très cher et il y a des gens qui estiment qu'il devrait être utilisé 24 heures sur 24 plutôt que de huit heures du matin à quatre heures de l'après-midi, par exemple. Voilà un phénomène qui contribue à la formation de longues files d'attente pour obtenir différents traitements. Comment mieux rentabiliser l'équipement médical onéreux dont nous disposons?

M. Simpson: Nous avons une telle pénurie de professionnels de la santé que même si l'organisation et le personnel étaient prêts à travailler 20 heures par jour en utilisant l'équipement couramment employé, on peut se demander si nous aurions la main-d'oeuvre et le personnel de soutien pour le faire. Si, par contre, nous avons la main-d'oeuvre et le personnel de soutien nécessaires, ce serait une bonne chose du point de vue des soins dispensés aux malades en ce sens qu'il y aurait moins de files d'attente et parce que les gens retrouveraient plus vite la santé. Je pense qu'il serait logique de procéder ainsi. Compte tenu toutefois des mentalités au sein de nos professions, il y aurait des obstacles à surmonter. Les professionnels de la santé auraient autant de difficultés à accepter le changement que je pourrais en avoir ou qu'en aurait toute autre catégorie de personnel au Canada. Cela s'apparente à la question posée antérieurement au sujet des changements. Ça paraît bien logique. Dans certaines régions du Nouveau-Brunswick, il y a des équipements hospitaliers qui ne sont utilisés qu'une demi-journée par semaine.

Le sénateur Robertson: Ça doit être très onéreux.

M. Simpson: Effectivement.

Le sénateur Robertson: Êtes-vous au courant du projet du Dr. McGowan à Sunnybrook?

M. Simpson: Non.

Le sénateur Robertson: Je pense qu'il est important que notre comité recueille un maximum d'information auprès des témoins en ce qui a trait au futur financement des soins de santé.

Le projet McGowan est bien simple. C'est un régime de soins de santé privé. Il est à but lucratif. Des dispositions ont été prises avec le service d'oncologie de Sunnybrook, où la journée de travail se termine normalement à 16 ou 17 heures, après quoi l'organisation du Dr. McGowan prend la relève avec une équipe composée de cancérologues, d'infirmières et de tous les techniciens requis, et qui traite tous les malades du service

As a result of this, they have greatly reduced the waiting lines for this sort of treatment. The interesting thing is that they are doing this and only charging the Ontario government the same rate per patient as the day patients who are looked after by the hospital staff. Do you see anything wrong with that if that can be done at the same cost, that is, without charging more to the province? What would be your opinion on that?

Mr. Simpson: On the surface of it, it seems to be a very effective way to shorten the lines. However, if it is a private system, then it is only people who can afford it who are able to take advantage.

Senator Robertson: No, no. They are treated in exactly the same way as the patient who goes in at 3 o'clock in the afternoon.

Mr. Simpson: Did you say it was private?

Senator Robertson: Yes, it is a private group. They treat the patients in exactly the same way patients are treated earlier in the day, and they charge the government exactly the same amount as the hospital would charge for the treatment of a patient during regular hours. Do you see anything wrong with that?

Mr. Simpson: I wonder why that just does not happen under the public system.

Senator Robertson: They say they cannot get the staff. Dr. McGowan has gone to the community and found staff. They are mostly people who do not want to work full time. I was very impressed by it.

Mr. Simpson: I do not have a big problem with that. We cannot deny that there are private sectors to the health system as it is now. If it does not cost any more, if it does not affect the type of patient who receives the treatment, then it is just a more efficient way of shortening those lines.

Senator Robertson: As long as it does not cost more?

Mr. Simpson: Yes —

Senator Robertson: Fine. Thank you.

Mr. Simpson: — and you do not address a specific subset of patients because of where they stand on the socio-economic ladder.

Senator Robertson: Dr. Dykeman, would you have problems with that?

Dr. Dykeman: No, I would not, as long as there is equity

Senator Robertson: That is what I think impressed us about that particular model.

Dr. Dykeman: It sounds to me as if there is some agreement between the hospital and this group because otherwise they would have to pay rent on this equipment.

Senator Robertson: No, there is an agreement with Sunnybrook.

d'oncologie jusqu'à 21 h ou 22 h. Cela a permis de réduire énormément les files d'attente pour ce type de traitement. Ce qui est intéressant, c'est que ce faisant les responsables ne facturent au gouvernement de l'Ontario que les tarifs pratiqués pour les malades examinés dans la journée par le personnel de l'hôpital. Voyez-vous un inconvénient à ce genre de formule si ça peut se faire au même prix, c'est-à-dire sans faire payer davantage la province? Qu'en pensez-vous?

M. Simpson: À première vue, il semble que ce soit un moyen très efficace de résorber les files d'attente. Toutefois, si c'est le privé qui s'en charge, seules les personnes qui en ont les moyens peuvent en tirer partie.

Le sénateur Robertson: Non, pas du tout. Elles sont traitées exactement de la même manière que le malade qui se présente à 15 h dans les services de l'hôpital.

M. Simpson: N'avez-vous pas dit que c'était privé?

Le sénateur Robertson: Oui, il s'agit d'un groupe privé. Il traite les malades exactement de la même manière qu'ils le sont dans la journée, et il facture au gouvernement exactement le même montant que l'hôpital qui prend en charge un malade pendant les heures normales. Avez-vous quelque chose à reprocher à ce système?

M. Simpson: Je me demande pourquoi ça ne se fait pas simplement au sein du réseau public.

Le sénateur Robertson: On nous dit qu'on ne peut pas avoir le personnel. Le Dr McGowan s'est adressé à la collectivité et a trouvé le personnel. Il s'agit principalement de personnes qui ne veulent pas travailler à plein temps. J'ai été très impressionné par ce projet.

M. Simpson: Je n'y vois pas vraiment d'inconvénient. Nous ne pouvons pas nier qu'il y a des enclaves privées à l'heure actuelle dans le réseau de la santé. Si ça ne coûte pas plus cher, si ça n'influe pas sur le type de patient qui reçoit le traitement, ce n'est alors qu'une façon plus efficace de résorber les files d'attente.

Le sénateur Robertson: Dans la mesure où ça ne coûte pas plus?

M. Simpson: Oui.

Le sénateur Robertson: Très bien. Je vous remercie.

M. Simpson: ... et où ça ne s'adresse pas à un sous-ensemble bien particulier de malades en fonction de leur situation socio-économique.

Le sénateur Robertson: Docteur Dykeman, est-ce que vous y verriez un inconvénient?

La Dre Dykeman: Non, pas du tout, à condition que l'on respecte l'équité.

Le sénateur Robertson: C'est, je pense, ce qui nous a le plus impressionné au sujet de ce modèle.

La Dre Dykeman: J'ai l'impression qu'il y a eu un accord entre l'hôpital et ce groupe parce que, sinon, il lui aurait fallu payer la location de cet équipement.

Le sénateur Robertson: Non, c'est un accord passé avec Sunnybrook.

Ms Porter, pharmacists are some of my favourite people and they are so under-utilized. How do you educate the physicians, nurses and patients to use the best drug for whatever condition is being treated?

The Deputy Chairman: That is a loaded question.

Ms Porter: I will let Sandra Alyward, who is a pharmacist, answer that question.

Ms Sandra Alyward, Vice-President, Pharmacy Services: Is the question: How do we educate not only the consumers but also all the providers to use the right drug options?

Senator Robertson: Yes.

Ms Alyward: I think the key word, and you hit upon it, is "educate." People have to understand why we want them to do something before they will do it. That is the bottom line.

Senator Robertson: How do you educate?

Ms Alyward: We need to show them that it works. We need to show them real examples based on some of the existing research data. There are some good examples in your brief about projects that have shown outcomes are what we all want if we take a more rational, best practices approach. I think there is a balance between structures and policies that gives people an incentive to follow a best practice approach. There is a balance between that and some of the policies that other people have made allusions to that are perceived to be heavy-handed or arbitrary or restrictive. I think the key is, and pharmacists deal with this every day, to try to help people understand the reasons behind the policies or behind the rules or behind the practice, and we find that when you can explain that to them, they are much more cooperative. The education that you are talking about can occur at a high level. There are lots of mass communications vehicles that we can use to get the message across, but education is also incredibly effective one-on-one.

When you recognize that a certain strategy or a certain drug is the most appropriate choice, it helps for the pharmacist and the physician to tell the patient that they support that strategy or drug. They should tell the patient that they agree with the recommended treatment and that they are not just following the rules as defined by the drug plan.

Senator Robertson: Do you have a view on prescription drug advertising? Do you think that helps to educate or not?

Ms Porter: We all know that we are inundated with information that comes across the border to us, and there is no question that it is confusing at the pharmacy level. There is a need for some Canadian protocol to be developed surrounding prescription drug advertising. We have lots of examples where customers come into the store and say, for example, "This pill is

Madame Porter, j'apprécie particulièrement les pharmaciens et je considère qu'on est loin d'utiliser suffisamment leurs compétences. Comment apprenez-vous aux médecins, aux infirmières et aux patients à utiliser les meilleurs médicaments compte tenu de la maladie considérée?

La vice-présidente: C'est une question piégée.

Mme Porter: Je vais laisser à Sandra Alyward, qui est pharmacienne, le soin de répondre à cette question.

Mme Sandra Alyward, vice-présidente, services pharmaceutiques: La question que vous me posez est-elle: Comment apprendre, non seulement aux consommateurs, mais aussi à tous les professionnels de la santé, à utiliser les bons médicaments?

Le sénateur Robertson: Oui.

Mme Alyward: Je pense que le mot clé, et vous l'avez bien dit, c'est «apprendre» aux gens. Il faut qu'ils comprennent ce que nous voulons qu'ils fassent avant de le faire. Tout part de là.

Le sénateur Robertson: Comment le leur apprendre?

Mme Alyward: Nous devons leur montrer ce qui donne des résultats. Nous devons leur donner des exemples concrets s'appuyant sur des données de recherche existantes. Vous avez donné dans votre mémoire d'excellents exemples de projets qui montrent que c'est de résultats que nous avons besoin si nous voulons adopter une démarche plus rationnelle fondée sur l'excellence de la pratique. Je pense qu'il y a un équilibre entre les structures et les politiques qui incite la population à adopter de bonnes pratiques. Il y a une marge entre cette façon de faire et certaines politiques auxquelles d'autres intervenants ont fait allusion et qui sont perçues comme étant contraignantes, arbitraires ou restrictives. L'essentiel, et les pharmaciens se heurtent tous les jours à ce problème, c'est d'essayer de faire en sorte que les gens comprennent les raisons justifiant les politiques, les règles ou les pratiques adoptées, et nous constatons que lorsqu'on réussit à leur expliquer la chose, ils coopèrent bien plus volontiers. L'apprentissage dont vous parlez peut être très développé. Nous disposons de nombreux moyens de communication de masse pour faire passer notre message, mais l'on peut aussi apprendre bien des choses en tête-à-tête.

Lorsqu'on se rend compte qu'une certaine stratégie ou qu'un certain médicament est le choix qui s'impose, il est utile que le pharmacien ou le médecin puissent dire au malade qu'ils sont en faveur de cette stratégie ou de ce médicament. Ils doivent dire au malade qu'ils sont d'accord avec le traitement recommandé et qu'ils ne se contentent pas de suivre les règles établies par le régime d'assurance-médicaments.

Le sénateur Robertson: Que pensez-vous de la publicité qui se fait au sujet des médicaments prescrits? Est-ce qu'elle contribue à votre avis à sensibiliser la population, ou non?

Mme Porter: Nous savons tous que nous sommes inondés par l'information qui nous vient de l'autre côté de la frontière, et il est indéniable que c'est une source de confusion pour les pharmacies. Nous avons besoin que l'on élabore un certain protocole canadien s'appliquant à la publicité sur les médicaments prescrits. Bien souvent, nous avons un client qui entre dans notre magasin et qui

supposed to be green." That is because they saw the ad in an American newspaper or magazine where the pill was green. In Canada the pills are pink. There is a need for some sort of consistency to be developed and some standards to be put out.

Senator Callbeck: Dr. Dykeman, how many provinces in Canada have facilities to graduate nurse practitioners?

Dr. Dykeman: Right now I think there are five. Most provinces are working toward graduating nurse practitioners. In approximately four provinces, there are nurse practitioners, and their designation is legislated. Some of those are at a diploma level of nursing; and some of them are at a master's level of nursing. As this whole process works through there will have to be some standardization of the certification.

Everybody knows about NAFTA, and under that agreement you cannot preclude anybody from working anywhere. I think the potential to educate is Canada-wide. Whether or not the funds or the desire are there is a different story. We are so short of people to do primary health care, that we need the extra bodies. I think that will push it over the hill.

Senator Callbeck: Are you making good progress? Has the number of nurse practitioners increased tremendously in five years?

Dr. Dykeman: It has increased. In places like Ontario it has increased greatly in five years. The University of New Brunswick program has started. It is not funded at this point, but it is certainly off the ground. There is a new program at the diploma level in Newfoundland. There will be a new program at the University of Newfoundland beginning in January or September. As of next year, there will be a program here in Moncton to educate French-speaking nurses. Each province is going through this kind of integration process. Shortly, educating the nurses will not be a problem.

The problem, as I see it, is how they are integrated into the system. Currently, about 65 per cent of the nurse practitioners educated in Ontario are not working as nurse practitioners because there have been no job opportunities for them. In New Brunswick we have been lobbying very strongly that it should be an integrated system, that they are salaried and not fee-for-service, so that they will fit into the new system after all the restructuring is done. We have been promised that will happen in the next year or so. Hopefully, we can circumvent some of the problems that Ontario is having, and have them actually doing the job they have been educated to do.

Senator Callbeck: As part of the restructuring in this province will you integrate social services such as the programs that deal with addictions and housing?

nous dit: «Cette pilule devrait être verte.» C'est parce qu'il a vu une publicité dans un journal ou dans une revue américaine dans laquelle la pilule était verte. Au Canada, les pilules sont roses. Nous avons besoin d'une certaine uniformité et il convient de mettre en place des normes.

Le sénateur Callbeck: Docteur Dykeman, combien de provinces au Canada ont des établissements qui forment des infirmières praticiennes diplômées?

La Dre Dykeman: À l'heure actuelle, je crois qu'il y en a cinq. La plupart des provinces s'efforcent de former des infirmières diplômées. Dans quatre provinces, je crois, il y a des infirmières praticiennes diplômées et leur profession est homologuée par la loi. Certaines d'entre elles sont au niveau du diplôme et d'autres de la maîtrise des sciences infirmières. À mesure que l'on va s'avancer dans cette voie, il y aura une harmonisation des agréments.

Tout le monde connaît l'ALENA et, en vertu de cet accord, on ne peut empêcher quelqu'un de travailler où il veut. Je pense que le potentiel de formation se trouve à l'échelle du Canada. Il s'agit encore de savoir si les crédits ou si la volonté sont bien là. Nous manquons tellement de personnel dans les services de santé situés en première ligne que nous avons besoin de ces personnes supplémentaires. Je pense que c'est ce qui va faire pencher la balance.

Le sénateur Callbeck: Est-ce que vous faites suffisamment de progrès? Est-ce que le nombre d'infirmières praticiennes a énormément augmenté au cours des cinq dernières années?

La Dre Dykeman: Il a augmenté. Dans des provinces comme l'Ontario, il a fortement augmenté ces cinq dernières années. Le programme de l'Université du Nouveau-Brunswick a été lancé. Il n'est pas encore financé pour l'instant, mais il a bien été créé. Il y a un nouveau programme menant à un diplôme à Terre-Neuve. Il y aura un nouveau programme à l'Université de Terre-Neuve à compter de janvier ou de septembre. L'année prochaine, il y aura un programme ici même à Moncton afin de former des infirmières francophones. Chaque province procède à cette forme d'intégration. Bientôt, la formation de ces infirmières ne posera plus de problème.

Le problème, tel que je le conçois, porte sur son intégration au sein du réseau. À l'heure actuelle, environ 65 p. 100 des infirmières praticiennes formées en Ontario ne travaillent pas à ce titre parce qu'elles manquent de débouchés. Au Nouveau-Brunswick, nous réclamons avec force qu'il y ait un système intégré, que le personnel soit salarié et non pas payé à l'acte, de façon à pouvoir s'intégrer au sein du nouveau réseau après sa restructuration. On nous a promis que ça se fera l'année prochaine ou vers cette date. Nous espérons pouvoir éviter un certain nombre de difficultés qu'éprouve l'Ontario et faire en sorte que ce personnel assume effectivement les fonctions pour lesquelles il a été formé.

Le sénateur Callbeck: Dans le cadre de la restructuration effectuée dans votre province, allez-vous intégrer les services sociaux tels que les programmes de logement ou de lutte contre les drogues?

Dr. Dykeman: From reading the newspaper in the last couple of weeks it appears that we will be putting health care back into communities. We are hoping that there will be a collaborative team community approach incorporating, pharmacy, nursing, doctoring, social work, and case management because that is so much more cost-effective. It cuts down on the duplication of services and it also provides service to people who do not have a support system in place who need to get their health care some place else.

Senator Callbeck: Yesterday in Prince Edward Island we heard from several witnesses about the integrated system. I think it is proving to be very effective.

I certainly agree with your comments on research. It is difficult for the smaller provinces to come up with the matching dollars.

Mr. Simpson, in Toronto we had a witness who talked about the importance of getting information out to the public; that there will be no increased public confidence in the health system unless the public is given more information. He talked about a report card on the hospitals in Ontario. The various outcomes are listed on the various facilities. What is your view of that?

Mr. Simpson: I welcome that question. I think it is important that the public be able to look at their system, be able to make comparisons and have confidence. I believe that the boards of trustees have confidence in the services that we provide now. I would welcome the development of a report card system. I believe that is in the process here in New Brunswick, that the government is working towards that. That is another step in accountability. Hospitals in New Brunswick have no difficulty in that kind of approach. We would certainly support that.

Senator Callbeck: In terms of bulk purchasing for hospitals, equipment, drugs, et cetera, are we cooperating more in the Maritimes or less than other provinces?

Mr. Simpson: As it stands now in New Brunswick, there are two buying groups. I think there is room for more. In my remarks I mentioned a national buying agency. I am not convinced that you need to go that big to get the best possible prices. When you go that big, you need a big administrative network to make it happen. I certainly believe that we need to be able to buy in bulk and have larger orders to get the best possible price. Like any business, health care has to pursue the processes to operate as efficiently as possible, and that includes the purchasing of all of those items.

Senator Callbeck: Would you say that in the last five years bulk buying has increased or is it about the same as it was?

La Dre Dykeman: Il semble ressortir de la lecture des journaux ces deux dernières semaines que l'on va réintégrer les soins de santé au sein de la collectivité. Nous espérons que dans le cadre d'une démarche communautaire il y aura une collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire faisant appel à la pharmacie, aux sciences infirmières, à la médecine, aux services sociaux et à la gestion des cas difficiles, parce que c'est bien plus efficace et rentable. On évite les chevauchements et on dispense par ailleurs des services aux populations qui ne disposent pas d'un réseau de soutien sur place et qui doivent aller ailleurs pour se faire soigner.

Le sénateur Callbeck: Hier, à l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons entendu plusieurs témoins nous parler d'une démarche intégrée. Je pense qu'elle se révèle très efficace.

Je suis bien d'accord avec ce que vous avez dit au sujet de la recherche. Il est difficile, pour les petites provinces, de trouver les crédits devant permettre de financer les projets à parts égales.

Monsieur Simpson, un témoin nous a dit à Toronto qu'il était important d'informer le public et que ce dernier ne pourra pas faire davantage confiance au réseau de la santé tant qu'il n'aura pas reçu davantage d'information. Il a évoqué la possibilité de classer les hôpitaux de l'Ontario selon leur performance. Les résultats obtenus dans les différents services seraient répertoriés. Qu'en pensez-vous?

M. Simpson: Je vous remercie de cette question. Je pense qu'il est important que le public puisse se pencher sur la qualité de son réseau, faire des comparaisons et avoir confiance. J'estime que les conseils d'administration ont confiance dans les services que nous dispensons actuellement. J'accueillerais à bras ouverts la mise en place d'un système de classement des hôpitaux. Je pense que c'est en voie de se produire ici même au Nouveau-Brunswick: le gouvernement s'est penché sur la question. C'est encore une façon de rendre des comptes. Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ne voient aucun inconvénient à accepter ce genre de démarche. Nous y sommes certainement favorables.

Le sénateur Callbeck: Pour ce qui est des achats en gros effectués par les hôpitaux, l'équipement, les médicaments, et cetera, est-ce que nous coopérons davantage ou moins dans les Maritimes que dans les autres provinces?

M. Simpson: Actuellement, au Nouveau-Brunswick, il y a deux groupements d'achat. Je pense qu'il pourrait y en avoir davantage. J'ai mentionné dans mon exposé la possibilité d'instituer un organisme d'achat national. Je ne suis pas persuadé qu'il nous faille disposer d'un organisme de cette envergure pour obtenir les meilleurs prix possibles. Lorsqu'on atteint cette taille, on a besoin d'un énorme réseau administratif pour que tout se passe bien. Je suis certes convaincu qu'il nous faut pouvoir acheter en gros et passer de grosses commandes pour obtenir les meilleurs prix. Comme toute entreprise, le réseau des soins de santé doit mettre en place les mécanismes lui permettant d'opérer avec un maximum d'efficacité, ce qui s'applique à l'achat de tous ces articles.

Le sénateur Callbeck: Diriez-vous qu'au cours des cinq dernières années les achats en gros ont augmenté ou qu'ils sont restés à peu près les mêmes?

Mr. Simpson: I do not have evidence that it has increased in the last five years, but I know that, in that time, in this province there have been two buying groups. Three or four hospital corporations got together and formed a buying group, and others have followed. There is a hesitancy to buy from one organization. You need a little bit of competition to get the best price.

Senator Callbeck: A witness in Halifax told us about buying a new piece of technology through a buying group and he told us that the savings were tremendous.

Mr. Simpson: Was that a Nova Scotia buying group?

Senator Callbeck: No. Some hospitals from Ontario were involved.

Ms Porter, could you tell us a little more about the Fredericton Pharmacy Initiative?

Ms Porter: The organization believes in evidence-based research. Not a lot of true Canadian research has been done. A project was put together with a controlled group. We approached the Province of New Brunswick in the Fredericton area to look at government employees who suffered from two disease states, asthma and gastrointestinal disease. We coordinated with every pharmacy provider in this region who signed up those patients who agreed to go ahead with this. Of course, the members of the controlled group had to sign the forms. It was a two-year project with the research being completed late last year. There were some very dramatic results from that research on what can happen when proper compliance programs are put in place, when everyone is educated about their particular disease states, and follow-ups are done with those people. There was an 80 per cent decrease in emergency room visits. There was a very big cost savings.

Senator Callbeck: Does the pharmacist do the follow-up?

Ms Porter: Yes. Perhaps Sandra could walk you through the specifics.

Senator Callbeck: Were they paid for this?

Ms Aylward: That would have been nice. The pharmacy got a lot of value out of this project. It was on that basis that we came forward to do it. However, it was not a transaction-based reimbursement scheme in the way that we would normally think of it. It was understood that this was a research project. Pharmacists provided, not as someone said earlier the Cadillac version of what we could do for people, but something more reasonable, more of a Honda Civic version, but with a lot of gas in it.

In these two disease states we tried to address what we thought were the most basic needs of people: understanding their disease and trying to get at some of the obstacles that people face in

M. Simpson: Je n'ai pas la preuve qu'ils aient augmenté au cours des cinq dernières années, mais je sais qu'actuellement nous avons dans notre province deux grands groupes d'achat. Trois ou quatre administrations hospitalières se sont unies pour former un groupement d'achat, d'autres ont suivi. On hésite à acheter à une même organisation. On a besoin d'une certaine concurrence pour obtenir les meilleurs prix.

Le sénateur Callbeck: Un témoin nous a parlé à Halifax de la possibilité d'acheter un nouvel équipement par l'intermédiaire d'un groupement d'achat et il nous a dit que les économies réalisées étaient énormes.

M. Simpson: Est-ce qu'il s'agissait d'un groupement d'achat de la Nouvelle-Écosse?

Le sénateur Callbeck: Non. Certains hôpitaux de l'Ontario ont pris part à cette opération.

Mme Porter, pouvez-vous nous parler un peu plus du projet pharmaceutique de Fredericton?

Mme Porter: Cette organisation est favorable à la recherche s'appuyant sur des données effectives. On n'a pas fait beaucoup de véritables recherches au Canada. Un projet a été mis sur pied avec un groupe de contrôle. Nous avons contacté la province du Nouveau-Brunswick dans la région de Fredericton afin de suivre des employés du gouvernement ayant deux types de maladie, de l'asthme et des affections gastro-intestinales. Nous avons coordonné nos efforts avec toutes les pharmacies de la région, qui ont inscrit les malades ayant accepté de participer à ce projet. Bien entendu, les membres du groupe de contrôle ont dû signer les formules. Ce projet a duré deux ans et la recherche s'est terminée à la fin de l'année dernière. Cette recherche a permis d'obtenir des résultats tout à fait étonnants et l'on a pu voir ce qui pourrait se passer lorsqu'on mettait en place de bons programmes de prise de médicaments, lorsque chacun avait été informé de sa maladie et lorsqu'un suivi avait été effectué. On a enregistré une diminution de 80 p. 100 des visites en salle d'urgence. C'est une économie considérable.

Le sénateur Callbeck: Est-ce que ce sont les pharmaciens qui ont effectué le suivi?

Mme Porter: Oui. Sandra pourra peut-être vous donner des détails.

Le sénateur Callbeck: Est-ce qu'ils ont été rémunérés à ce titre?

Mme Aylward: Nous aurions beaucoup aimé que ce soit le cas. Les pharmacies ont beaucoup gagné à mettre en oeuvre ce projet. Leur participation était une condition indispensable. Il ne s'agissait pas toutefois d'un mécanisme de remboursement s'appliquant à chaque prescription comme on le pense généralement. Il était entendu qu'il s'agissait d'un projet de recherche. Les pharmaciens n'ont pas cherché à décrocher la lune, pour reprendre une expression employée tout à l'heure, mais ils ont mis à la disposition de la population une formule raisonnable, à la portée des gens.

Pour ces deux maladies, nous nous sommes efforcés de répondre à ce qui nous paraissait être les besoins essentiels des gens: comprendre leur maladie et essayer d'écarter certains

complying with drug therapy and with some of the lifestyle issues around these diseases.

The conversations took place when people came in to get their regular medication. They were usually five- or ten-minute conversations. There was a standardized approach to follow-up, and a lot of it involved using processes and programs that were already in place. For instance, our company has a standardized approach to telephone follow-up. We identify people who benefit most from it, and it is done in a very systematic way. It was just a way of standardizing, within this project, the way that 20 different pharmacies would proceed. Many of them had no corporate or business affiliations. We all did it the same way and then we measured the results. As Sherry said, the payoff for us was a validation of what we hoped we could achieve, and the result was unprecedented.

Senator Cook: Ms Porter, do you think the Patent Medicine Act, which determines the licensing of patents, is relevant in today's world as far as your profession is concerned? Is it due for a review?

Ms Porter: That is another loaded question.

Senator Cook: It reared its head when Cipro came on the scene.

Ms Porter: I am not trying to avoid your question. When that issue came to bear, as an organization, we saw that the easiest way to determine the supply of Cipro in the system was to ask the people who sell it, but we were not included in the discussions on that. We probably could have answered the question within 24 hours of asking how much product there was in the system already. That did not happen. It was done by the backdoor by a company called IMS which has no idea what is in the system because it only does transaction-based tracking and not distribution tracking.

Senator Cook: The industry minister did indicate that it was probably due for a review. I wondered if your industry had picked up on it and considered it in light of the patent act.

Ms Porter: I believe all those kinds of things should have to come up for review on a regular basis. This is not unique to our industry. We have a lot of interaction with the various manufacturers, both on the brand side and the generic side, and we have benefited from some of the cost control measures that have been put in place because of that in the last few years, and I am sure there will be future opportunities to benefit even more. A constant review is always welcome.

Senator Cook: In your role as a pharmacist, do you feel that you are underutilized? If so, if we could broaden the concept, that is community and health, do you see a role for the pharmacist in that multi-disciplinary team?

obstacles qui les empêchent de prendre leurs médicaments et qui découlent de leur mode de vie.

On s'est entretenu avec les malades lorsqu'ils venaient se procurer régulièrement leurs médicaments. Il s'agissait généralement de conversations de cinq ou dix minutes. On a normalisé le suivi en s'appuyant en grande partie sur les mécanismes et les programmes déjà en place. Ainsi, notre entreprise a normalisé sa procédure de suivi au téléphone. Nous identifions les gens qui en profitent le plus et nous procédons de manière très systématique. Il s'agissait simplement de normaliser, dans le cadre de ce projet, le mode de fonctionnement de vingt pharmacies différentes. Nombre d'entre elles n'avaient aucune affiliation avec une entreprise ou une société. Nous avons tous procédé de la même manière et nous avons mesuré ensuite les résultats. Comme vous l'a dit Sherry, nous avons été récompensés par la validation des résultats que nous espérions atteindre, et les résultats ont été sans précédent.

Le sénateur Cook: Considérez-vous, madame Porter, que la Loi sur les médicaments brevetés, qui détermine l'homologation des brevets, est adaptée au monde actuel en ce qui concerne votre profession? Est-ce qu'il est temps de la revoir?

Mme Porter: C'est encore une question piégée.

Le sénateur Cook: Elle a fait son apparition lors de l'affaire Cipro.

Mme Porter: Je n'essaie pas d'éviter votre question. Lorsque le problème s'est posé, notre organisation s'est dit que la meilleure façon d'évaluer l'importance des stocks de Cipro de notre réseau était de poser la question au vendeur, mais nous n'avons pas participé aux discussions à ce sujet. Nous aurions pu probablement répondre dans les 24 heures à la question de savoir quelle était la quantité de produit déjà disponible. Ce n'est pas ce qui a été fait. C'est une société agissant en coulisse, du nom d'IMS, qui s'en est chargée, alors qu'elle n'avait aucune idée de ce qui se trouvait dans les circuits parce qu'elle ne suit à la trace que les différentes opérations et non pas l'ensemble de la distribution.

Le sénateur Cook: Le ministre de l'Industrie a bien mentionné qu'il était temps de la revoir. Je me demande si votre industrie a relevé cette possibilité et si elle envisage de le faire dans le cadre de la loi sur les brevets.

Mme Porter: Je pense que toutes ces modalités devraient être revues régulièrement. Ce n'est pas propre à notre secteur. Nous avons des relations suivies avec les différents fabricants, aussi bien en ce qui concerne les marques que les produits génériques, nous avons tiré profit d'un certain nombre de mesures de contrôle des coûts qui ont été mises en place à ce titre ces dernières années, et je suis sûre que nous aurons la possibilité d'en profiter encore plus à l'avenir. Un contrôle permanent est toujours le bienvenu.

Le sénateur Cook: En votre qualité de pharmacien, avez-vous le sentiment qu'on sous-utilise vos compétences? Dans l'affirmative, si l'on pouvait élargir la notion de services communautaires et de santé, est-ce que pour vous le pharmacien aurait un rôle à jouer au sein de cette équipe pluridisciplinaire?

Ms Aylward: I love that question. I think the most important word you used was "community" because, like some of the other people here today, I think the big opportunity is at that grassroots level. We talk about our role and enabling pharmacists to do the most they can for people. There are probably two issues involved in this. One is information sharing. Whether we are talking about patients in hospital coming back into the community or patients who will see their physician or their nurse practitioner or their specialist, there must be an opportunity for all those people on the team to have access to the same information and, therefore, we can reinforce what each of us is trying to do. That is critical. As Sherry mentioned, we in pharmacy are probably able to lead, at least in the private sector, a lot of the information technology initiatives that allow that kind of information sharing.

The second issue is: The pharmacists I work with are all salaried — which in some ways is an ideal set-up rather than paying health professionals by transaction or piecework — and that leads to an environment where they are motivated to do the best that they can for a patient in a way that is independent from being reimbursed. That is ideal. However, we do have situations where the reimbursement does not link well with the activities that are performed. That issue also has to be addressed.

The two major items in terms of the opportunity at the community level are information sharing and a better match to incentives or reimbursement to outcomes.

Senator Cook: Dr. Dykeman, as a Newfoundlander I am well aware of the role and the need for nurse practitioners. To the best of my recollection, the CEO of the Canadian Medical Association in Halifax told us that, while there was agreement that partnerships were desirable, they have not been shown to be cost-effective. Have any studies have been done on that?

Leaving that aside, I tend to think of rural situations rather than urban ones, because I am from the country. I believe that, if we move away from an illness concept to a wellness concept, that has to begin at the community level. If we do not meet basic human needs, then we must look to the federal government to show leadership or provide some kind of funding. I believe that health care providers and people with commitments such as you will have to show them the way. Every step of the way we will spend dollars trying to convince people of the worth of along the way we will spend dollars convincing of the worth of educating people on how to stay well. Where do we go from here?

Dr. Dykeman: I try not to say that it will save the country money.

Senator Cook: Unfortunately, the minute you say that, taps go off.

Mme Aylward: J'apprécie particulièrement cette question. Je pense que le mot clé que vous avez utilisé ici, comme d'autres intervenants aujourd'hui, c'est «communautaire». Les principales possibilités qui s'offrent à vous se situant à mon avis au niveau de la base. Nous évoquons notre rôle et la possibilité pour les pharmaciens de faire le maximum pour la population. Il y a probablement deux éléments importants ici. Le premier est la communication de l'information. Que nous parlions des malades hospitalisés qui réintègrent la collectivité ou de ceux qui vont voir leur médecin, leur infirmière praticienne ou leur spécialiste, il faut que tous les membres de l'équipe aient accès à la même information et, par conséquent, puissent s'appuyer mutuellement dans leur intervention. C'est fondamental. Comme l'a indiqué Sherry, les pharmaciens sont probablement en mesure, du moins dans le secteur privé, d'orienter nombre de projets sur les technologies de l'information qui permettent de communiquer ces renseignements.

Le deuxième point est le suivant: les pharmaciens avec lesquels je travaille sont tous salariés — ce qui est, à certains égards l'organisation idéale plutôt que d'avoir à payer des professionnels de la santé à l'acte ou pour chaque opération — ce qui institue un cadre de travail dans lequel ils sont motivés à faire ce qu'il y a de mieux pour les patients, indépendamment des remboursements. C'est le milieu idéal. Toutefois, il y a effectivement des situations dans lesquelles les remboursements sont mal reliés aux activités qui sont effectuées. Il faut aussi que cette question soit abordée.

Les deux grandes possibilités qui doivent être offertes au niveau communautaire sont la communication de l'information et une meilleure adéquation des incitations ou des remboursements aux résultats.

Le sénateur Cook: Docteure Dykeman, je viens de Terre-Neuve et je suis bien consciente du rôle et de la nécessité du personnel infirmier. Autant que je m'en souviens, le PDG de l'Association médicale canadienne nous a dit à Halifax que même si l'on s'accordait à dire que les partenariats étaient souhaitables, ils n'avaient pas fait la preuve de leur rentabilité. Est-ce que des études auraient été faites à ce sujet?

Cela étant mis à part, j'ai tendance à m'intéresser aux situations rurales plutôt qu'aux situations urbaines, parce que je viens de la campagne. Je considère que si nous voulons passer d'une politique de la maladie à une politique de la santé, il nous faut commencer au niveau communautaire. Si nous ne répondons pas aux besoins essentiels de la population, il nous faut alors nous tourner vers le gouvernement fédéral, qui doit faire preuve d'initiative et dispenser certains crédits. Je pense que les professionnels de la santé et les gens qui, comme vous, se sont engagés dans cette action, devront lui montrer la voie. Il nous faudra en permanence convaincre les responsables qu'il est utile d'affecter des crédits à la formation de la population pour qu'elle apprenne à rester en santé. Que faire à partir de là?

La Dre Dykeman: Je suis bien tentée de dire que cela permettrait à notre pays d'économiser de l'argent.

Le sénateur Cook: Malheureusement, dès qu'on dit une telle chose, les robinets se ferment immédiatement.

Dr. Dykeman: That is very true. If we can teach people to stay healthy, which is what nurse practitioners do very well, then 10 to 15 years down the road — and there will have been two elections in that time — you will see a difference in the system because we will have slowed down.

Another one of my beefs is that I keep hearing that I am getting closer to being a senior. We keep saying that, because there are so many more seniors in the system, we need more money. That automatically leads to us looking at seniors as hazards. We are not utilizing what seniors can do for society, nor are we trying to keep them healthy so that they will not get into a rut. It is a very complex issue.

We can do all sorts of things at the community level. However, I think it will have to be a "show and tell" type of situation.

As an aside to the last question, there was a pharmacy in the community clinic where I worked, and I would send all my patients there. I would give them pharmaceutical information, but then I would tell them, "He knows more about it than I do. Go and talk to him, too." The pharmacies would reinforce what I had already said. It did cut down on the return visits. It cut down on the incidence of patients taking the medication incorrectly. From my experience, that was worthwhile. It worked.

Senator Cook: On a personal note — and I am still dealing with the monetary aspect — I have a niece with two little kids who is pursuing her nurse practitioner certificate. At the same time she is trying to pay a mortgage. Would it help if there were a line on the income tax form that would allow her and others like her to be exempt from a certain portion of taxes? If she needed to quit her current job in order to pursue her further education, do you think she should be able to make an employment insurance claim?

Dr. Dykeman: That would certainly help, but those may not be the only options. What we are asking the government to do — and they probably will not — is to provide some support for people who complete their education and then work in the province. We are asking the government to support them through the education process, perhaps even on a contractual basis. Nothing has been said to this point as to what that will look like. Perhaps, once qualified, the nurse practitioner would have to work for an organization that the government sets up. That organization may need a person for, say, two years. Presently, we only offer part-time studies because all of our students are working in full-time positions. With the shortage of nurses they cannot leave their jobs. In fact, many of them cannot even get the time off to take the classes. They are going to class after working a 12-hour night.

All of those issues have to be addressed if we believe in it and we want to do it.

La Dre Dykeman: C'est tout à fait vrai. Si nous pouvions apprendre aux gens à rester en santé, ce que les infirmières praticiennes font très bien, dans 10 ou 15 ans — et nous serons passé par deux autres élections à ce moment-là — vous verrez la différence au sein du réseau car un ralentissement se sera produit.

Ce qui m'agace aussi, c'est qu'on me dit constamment que je vais bientôt entrer dans le troisième âge. On ne fait que nous répéter qu'étant donné que nous avons tellement de personnes âgées, nous avons besoin de plus d'argent. Cela nous amène automatiquement à considérer les personnes âgées comme un fardeau. Nous ne tirons pas partie de ce que les personnes âgées peuvent apporter à la société et nous n'essayons pas non plus de les conserver en bonne santé pour éviter de courir à la catastrophe. C'est une question très complexe.

Nous pouvons faire toute sorte de chose au niveau communautaire. Je pense, toutefois, qu'il faudra «tout remettre sur le tapis».

Pour revenir à votre dernière question, il y avait une pharmacie dans les locaux de la clinique communautaire dans laquelle je travaillais, et j'avais l'habitude d'y envoyer tous mes malades. Je leur fournissais l'information au sujet des médicaments, mais je leur disais aussi: «Le pharmacien en sait plus que moi. Allez-lui parler.» Les pharmaciens corroboraient ce que je leur avais déjà dit. Effectivement, ils revenaient moins souvent me consulter. Il y avait moins de malades qui prenaient mal leurs médicaments. L'expérience m'a paru très utile. Elle a donné des résultats.

Le sénateur Cook: Personnellement — et je n'ai d'ailleurs pas fini de payer — j'ai une nièce qui a deux enfants et qui suit des cours pour obtenir un diplôme d'infirmière praticienne. Parallèlement, elle continue à payer une hypothèque. Ne serait-il pas bon que dans sa déclaration d'impôt sur le revenu, elle et d'autres personnes dans la même situation, puissent se prévaloir d'une exonération d'une partie de l'impôt? S'il lui fallait quitter son emploi actuel pour poursuivre sa formation, pensez-vous qu'elle devrait être en mesure de réclamer l'assurance-chômage?

La Dre Dykeman: Ça aiderait certainement, mais ce n'est peut-être pas la seule possibilité. Ce que nous demandons au gouvernement — et il ne nous écoutera probablement pas — c'est d'accorder un certain appui aux personnes qui terminent leur formation et qui travaillent ensuite dans la province. Nous demandons au gouvernement de subventionner leurs études, éventuellement de façon contractuelle. On n'a pas encore défini pour l'instant la forme que ça pourrait prendre. Éventuellement, une fois qualifiée, l'infirmière praticienne serait tenue de travailler pour une organisation mise sur pied par le gouvernement. Cette organisation pourrait éventuellement avoir besoin d'une employée durant deux ans, par exemple. À l'heure actuelle, nous n'offrons que des possibilités d'études à temps partiel étant donné que toutes nos étudiantes travaillent à plein temps. Étant donné la pénurie d'infirmières, elles ne peuvent pas quitter leur emploi. D'ailleurs, nombre d'entre elles ne peuvent même pas prendre de congé pour aller en cours. Elles y vont après avoir fait 12 heures de travail pendant la nuit.

Tous ces problèmes doivent être réglés si nous croyons à ce que nous faisons et si nous voulons réussir.

Senator Cook: Do you think that, as a first step, you have to demonstrate to governments that there is a need?

Dr. Dykeman: I would hope that government already recognizes that there is a need. There is lots of American literature out there that says it is cost-effective. There is no Canadian literature, of course, because we have not had nurse practitioners here long enough. In the States there has been study after study after study that says nurse practitioners provide effective health care at a reasonable cost and that most people using that health care would just as soon go to a nurse practitioner as they would a medical provider. The research is very sound in that area.

Senator Cook: Have you costed out the program per person?

Dr. Dykeman: We have. It is very expensive. I cannot tell you the figures because I do not have them off the top of my head, but because of the clinical time it takes to support them through the clinical process, it is a fairly expensive educational process.

The Deputy Chairman: I have a comment to make on nurse practitioners. You used the Ontario example, and I am from Ontario. I found it rather shocking to hear it said that there is such a high number of nurse practitioners who are not being utilized; that they are doing other things. This is in a province where we have remote and rural communities that do not have even basic primary care. It is a pretty shocking commentary.

With that, I would thank all of our witnesses for appearing. The discussions could have gone on much longer because I had some questions. However I will keep them for another time. I may even get in touch with you personally.

I would assure you, and especially you Ms Porter, that the addendum to your brief is very helpful. All of the briefs we receive go into, as Senator Robertson has said, the avalanche of information. Be assured that, even though you cannot orally present all of the information you have provided in your briefs the information will be read and noted.

Once again, thank you all for coming this morning. Your attendance was most appreciated.

Our next witness, colleagues, is Dr. Russell King, the former minister of health for the Province of New Brunswick. I am sure honourable senators will have a lot of questions for you, after your presentation, Dr. King. We are always curious as to how, when they meet, Ministers of Health are able to reach a consensus, if that is the case.

Please proceed, Dr. King.

Dr. Russell King, Former Minister of Health, Province of New Brunswick: I appreciate the invitation to appear before the committee.

The world is a little different. I do not have an executive assistant nor my trusty deputy and officials with me; this is life

Le sénateur Cook: Estimez-vous que, dans un premier temps, il vous faut apporter la preuve aux gouvernements que le besoin est là?

La Dre Dykeman: J'espère que le gouvernement sait déjà qu'il y a un besoin. De nombreuses études ont été faites aux États-Unis qui ont prouvé que c'était rentable. Il n'y en a pas au Canada, bien entendu, étant donné qu'il n'y a pas suffisamment longtemps que nous avons des infirmières praticiennes. Aux États-Unis, on a démontré, étude après étude, que les infirmières praticiennes dispensent des soins de santé efficaces à un coût raisonnable et que la plupart des patients aiment autant s'adresser à elles qu'à un médecin. La recherche est très formelle sur ce point.

Le sénateur Cook: Avez-vous établi le coût de ce programme par tête?

La Dre Dykeman: Oui, c'est très onéreux. Je ne peux pas vous donner les chiffres parce que je ne les connais pas par coeur mais, en raison des stages cliniques qui sont nécessaires pour les faire progresser sur le plan clinique, c'est une formation assez onéreuse.

La vice-présidente: J'ai un commentaire à faire au sujet des infirmières praticiennes. Vous avez pris l'exemple de l'Ontario, dont je suis originaire. J'ai été plutôt interloqué d'apprendre qu'il y avait un si grand nombre d'infirmières praticiennes dont on n'utilise pas les services; qui font autre chose. On trouve dans cette province des localités éloignées et rurales qui ne disposent même pas des soins primaires essentiels. C'est une situation assez scandaleuse.

Cela dit, je remercie tous nos témoins d'être venus. Nos discussions auraient pu durer bien plus longtemps parce que j'avais quelques questions à vous poser. Je les garderai cependant pour une autre fois. Je pourrais même vous contacter personnellement.

Je vous assure, et je m'adresse plus particulièrement à madame Porter, que l'annexe de votre mémoire est très utile. Tous les mémoires que nous recevons vont s'ajouter, comme l'a dit le sénateur Robertson, à l'avalanche d'information qui nous est fournie. Je peux vous garantir, même si vous n'avez pas pu exposer oralement toutes les données qui figurent dans vos mémoires, que cette information sera lue et prise en compte.

Je vous remercie une fois de plus d'être venus ce matin. Votre comparution a été particulièrement appréciée.

Notre prochain témoin, chers collègues, est le Dr Russell King, ancien ministre de la santé de la province du Nouveau-Brunswick. Je suis sûre, honorables sénateurs, que nous aurons de nombreuses questions à poser au Dr King une fois qu'il aura fait son exposé. Nous sommes toujours curieux de savoir comment les ministres de la Santé, lorsqu'ils se réunissent, parviennent éventuellement à en arriver à un consensus.

Docteur King, vous avez la parole.

Le Dr Russell King, ancien ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick: J'apprécie cette invitation à comparaître devant votre comité.

Mon monde est quelque peu différent. Je n'ai pas d'adjoints administratifs ni mon fidèle sous-ministre ou mes collaborateurs

after a public-sector career. It is good to know that there is a life after the public sector.

I should like to indicate that my comments are based on observations made during my time in public life and after. They are not based on a survey or anything else. I do think there is a need right now to reflect at a macro level on the Canadian health care system. I am responding to the request to respond to the "Issues and Options" report in a general way. At the end of this, I hope the committee will have some appreciation of how I look on their options.

I will paraphrase what is in the brief I gave you, and then go from there. I really do welcome this opportunity.

At least since 1991, there has been a call in Canada for a review of medicare after, at that time, 25 to 30, now 35 years since it came. There has been a need by many people to reaffirm, perhaps modify, perhaps make major changes, in order to reassure Canadians that their health care needs will be met in the future. I hope there will be some degree of predictability about our health care system.

I take the position personally that the health care system is under stress. I do not think we are in chaos, actually, but I do think that it must be secured by our collective thoughts and not dismantled in order to provide care for Canadians. I take the position that it is decision time. There has been study after study. I do not know of any, however — and obviously I have not seen the Romanow commission's deliberations to date — that have gone to the depth that this Senate committee has.

I have had an opportunity to look at the first volume, and I have gone through this volume, and it is my hope that in the end those who are responsible will articulate a vision so that Canadians have a reference point — if you like, the chart on the wall or the overhead on the wall.

There is a context in which this debate is taking place. I have just indicated some things that make it very confusing for those people sometimes. We operate in a sea of buzzwords. The buzzwords I refer to are words like "privatization," whatever that means, "multiple tier, two-tier, one-tier" — there is a big debate on tiers. Other words include "deregulation," "decentralization," "devolution of powers," "inclusiveness," "empowerment," "Charter of Rights," "tax cuts," "wellness versus prevention versus illness," "control of costs," "federal-provincial turf," "national identity," "cost versus the value of things." There is also a lot of talk about leadership versus "actively looking into," whatever that means.

pour m'accompagner: c'est la vie d'un homme public à la retraite. Il est bon de savoir que la vie continue une fois qu'on n'est plus un homme public.

Je tiens à préciser que mes analyses se fondent sur les observations que j'ai pu faire pendant et après mon passage dans la vie publique. Elles ne sont pas tirées de sondages ou d'autres études de ce type. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire pour l'instant de réfléchir au niveau global à l'ensemble du réseau canadien de la santé. Je réponds à la demande qui nous est faite de nous pencher de manière générale sur le rapport «Questions et options». Au bout du compte, j'espère que votre comité aura une bonne idée de ce que je pense des options qu'il nous a présentées.

Je vais paraphraser le mémoire que je vous ai remis et j'enchaînerai à partir de là. Je suis très heureux que l'on m'en offre la possibilité.

Depuis 1991 au moins, l'opinion publique demande un réexamen du régime canadien de la santé qui, au fil des années, a célébré son 25^e, puis son 30^e, et maintenant son 35^e anniversaire. De nombreuses personnes ont senti la nécessité de réaffirmer, puis éventuellement de modifier et même de réorienter complètement ce régime, de façon à rassurer la population canadienne et lui faire savoir que ses besoins en matière de santé seront pris en charge à l'avenir. J'espère que l'on pourra prévoir jusqu'à un certain point l'évolution de notre régime de santé.

Je considère personnellement que notre régime de santé est sous pression. Je ne pense pas que ce soit en fait le chaos, mais j'estime que nous devons y réfléchir collectivement et éviter de le démanteler si nous voulons offrir des soins de santé à notre population. Je considère qu'il est temps de nous décider. Les études se sont multipliées. Je n'en connais aucune, cependant — et évidemment je n'ai pas encore pris connaissance des délibérations de la Commission Romanow — qui témoigne d'une réflexion aussi profonde que celle de votre comité sénatorial.

J'ai eu l'occasion de consulter votre premier volume, j'ai passé en revue celui-ci, et j'espère qu'au bout du compte les responsables élaboreront un projet qui servira de référence pour la population canadienne — la carte d'état-major ou le portulan fixés au mur, si vous voulez.

Ce débat se situe dans un certain contexte. J'ai simplement répertorié un certain nombre d'éléments qui sont source de confusion, parfois, pour les gens. Nous sommes abreuvés de mots à la mode. J'entends par là des mots comme «privatisation», qui peut avoir bien des sens différents, «à plusieurs vitesses, à deux vitesses, à une vitesse» — il y a une grosse polémique au sujet des vitesses. On parle aussi de «déréglementation», de «décentralisation», de «restitution des pouvoirs», d'«inclusion», de «reprise en main», de «Charte des droits», de «dégrèvements fiscaux», de «santé, par opposition à la prévention, par opposition à la maladie», de «contrôle des coûts», de la «pré carré fédéral ou provincial», d'«identité nationale», de «coût des services par rapport à leur valeur». On entend souvent dire par ailleurs que les responsables «s'occupent activement de la question», sans bien savoir ce qu'ils entendent par là.

While we tend to talk about the Canadian health care system, it has never been designed as a system. I think that is alluded to in the document. It has evolved in an ad hoc way to work in the manner in which we find it. There is, however, a need to think about our health care system as a system. Even though we may not attain a closed-loop system, at least those that are charged with the responsibility may think or should think in terms of continuity of care, that there is a beginning and an end to challenges. They should begin to think about the interdependency of one part of the system to another.

Any study of the future of health care in Canada must consider Canadian values, the relationship of one part of the country to the other, the sustainability of a health care system over time, which is what your document spends a lot of time on. It also has to look at the practical barriers to change such a health care system. The ability to do a procedure is not an indication for doing it in surgery and the ability to make a change is not an indication for doing it, necessarily. We do not necessarily need change, but we do need change in many parts of the system.

I have organized my comments under five headings. They are unusual headings, but they are as follows: Canadian goals for health care; things we must recognize; requirements we must consider; organizational considerations; and last, funding issues.

I believe the Canadian health care system should be a national program and should be understood as such as part of the national essence. We need to consider that. All Canadian residents should have access to a basic level of high-quality health care, regardless of location or financial means. These are not new concepts. Barriers between the health care receiver and provider must be removed as much as possible — not a new concept, going back to at least Tommy Douglas. The national health care system should be a non-judgemental system, and that is an important point in my view. A Canadian resident should not be excluded because of pre-existing problems or illnesses or particular patterns of behaviour. If you smoke, you should be treated. If you drink excessively, you should be treated. Why? Because you are a Canadian resident, that is why. I think when we talk about public and private and insurabilities we have to think about those things and ensure that we do not lose a thread there.

There are a few things to recognize in dealing with this problem. The health of Canadians depends on much more than obviously the health care system. It depends on our attitudes as Canadians. It depends on the physical structure in which we live, the social milieu in which we operate, the pollution in our harbours, the income support, as well as the availability of health care. A Canadian health care system should be designed to

Nous avons l'habitude de parler du réseau canadien de la santé, mais il n'a jamais été conçu comme un réseau. Je crois que nous y faisons allusion dans le document. Il a évolué au coup par coup jusqu'au point où nous en sommes aujourd'hui. Il est nécessaire, toutefois, d'en faire un véritable réseau. Même si nous n'arrivons pas à en faire un réseau complètement fermé, il faut au moins que ceux qui en ont la responsabilité puissent penser ou soient obligés de penser en termes de continuité des soins, en partant du principe que les défis à relever ont un début et une fin. Il leur faut commencer à réfléchir à l'interdépendance des différentes parties du réseau entre elles.

Toute étude portant sur l'avenir de la santé au Canada doit prendre en compte les valeurs canadiennes, les relations qu'ont entre elles chacune des régions du pays et la durabilité à long terme du réseau de la santé, toutes choses sur lesquelles s'est longuement penché votre document. Elle doit aussi examiner les barrières qui font obstacle dans la pratique aux changements devant être apportés au réseau. En chirurgie, ce n'est pas parce que l'on sait faire une opération qu'il faut automatiquement la faire, et la possibilité d'apporter des changements n'indique pas nécessairement que cette possibilité s'impose. Il ne faut pas nécessairement apporter des changements, mais il faut apporter les changements nécessaires, sur de nombreux points du réseau.

J'ai articulé mes commentaires autour de cinq rubriques. Ce sont les rubriques habituelles, qui se décomposent comme suit: les objectifs canadiens en matière de santé; les choses dont nous devons tenir compte; les exigences que nous devons considérer; les considérations liées à l'organisation; enfin, les problèmes de financement.

Je considère que le réseau canadien de la santé doit être un programme national et s'insérer dans le cadre de notre ambition nationale. Nous devons en tenir compte. Tous les résidents canadiens doivent avoir accès à un niveau minimum de soins de santé de qualité, quel que soit le lieu où ils habitent ou leurs moyens financiers. Ce ne sont pas là des notions nouvelles. Le cloisonnement qui existe entre le bénéficiaire et le fournisseur de soins de santé doit être éliminé dans toute la mesure du possible — là encore, cette notion n'est pas nouvelle et elle remonte pour le moins à Tommy Douglas. Le réseau national de la santé ne doit pas faire de jugements de valeur, ce qui est un élément important dans mon esprit. Un résident canadien ne doit pas en être exclu en raison de maladies ou de problèmes préexistants, ou encore de certains types de comportements. Un tumeur doit être traité. Un alcoolique doit être traité. Pourquoi? Parce qu'il est résident canadien, voilà pourquoi. Je pense que lorsque nous parlons de réseau public ou privé et de la possibilité d'être assurés, nous devons réfléchir à ces choses et nous assurer que nous ne perdons pas le fil ici.

Il y a un certain nombre de choses dont il faut tenir compte lorsqu'on aborde ce problème. La santé des Canadiens dépend de bien d'autres facteurs que du simple réseau de soins de santé. Elle dépend de nos comportements en tant que Canadiens. Elle dépend de la structure des locaux que nous habitons, du milieu social qui nous entoure, de la pollution de nos ports, des suppléments de revenu ainsi que de la disponibilité des soins. Le réseau canadien

include the physical and mental needs of Canadians, and these needs include prevention.

Prevention is not a separate thing. I have difficulty with the fact that we will get into prevention rather than illness. That, to me, is a copout on the one hand and a misunderstanding on the other. Of course, the two are part of this interdependency. It would include active treatment, of course, and a restoration to appropriate recovery for people who have chronic needs.

A health care system should be designed to reflect public policy and accountability and function in a sustainable manner. If we consider medicare as a type of insurance plan that ensures and assures Canadians, the financial stability must be in the form of an insurance plan consisting of public and private components. However, as with any insurance plan, one must articulate in general terms what is insured, or at least provide some kind of comprehensive definition as to what might be included in what it is that would be covered. That basic element has been lost, as governments across the country have provided more and more services with taxpayers' dollars and the health care system has come to mean different things in different parts of the country. There is a basic core that we need to have.

Under the heading "requirements," the number one requirement in Canada right now, over and above all of the other things, is Canadian leadership. Number one, there must be a clear delineation of roles and responsibilities, in my opinion, or a clarification of the roles between federal, provincial and territorial governments and the private sector as it applies to health care to reduce overlap and duplication of the Canadian health care system. This is not new material, obviously. It has been called for in various ways for at least 10 years, and I am sure long before that.

While support of the principles of the Canada Health Act, in my view, is required, the Canada Health Act would need to be broadened to ensure access and sustainability in the future. Canadian leadership will require a problem-solving approach to Canadian health care concerns and challenges rather than an application of a particular dogma or a fragmentation of effectiveness by the leadership endlessly following the trail of various health care interest groups. There are many — and that is not a derogatory comment — interest groups, but leadership involves doing your homework and making a decision at some point.

There is a requirement to obtain agreement in Canada that medicare will be sustained by effective change and not simply by adding money on demand by the provinces to the vortex of, at times, program fragmentation and ideology. We do need more money in many parts of the system, but that cannot be the total means of looking at the health care system.

de la santé doit être conçu de manière à tenir compte des besoins physiques et mentaux des Canadiens, et cela englobe la prévention.

La prévention n'est pas une chose à part. J'ai du mal à comprendre qu'on puisse faire de la prévention indépendamment de lutter contre la maladie. Pour moi, cela revient d'un côté à refuser ses responsabilités et, de l'autre, à accepter un malentendu. Bien évidemment, les deux choses participent de cette interdépendance. J'engloberais le traitement actif, bien entendu, et le rétablissement d'un bon niveau de santé pour les gens qui ont des besoins chroniques.

Le réseau de soins de santé doit être conçu de manière à refléter les politiques des pouvoirs publics, à pouvoir rendre des comptes et à opérer de manière durable. Si nous considérons le régime de santé comme un régime d'assurance qui assure et qui rassure les Canadiens, il faut qu'il y ait une stabilité financière dans le cadre d'un régime comprenant à la fois un secteur public et un secteur privé. Toutefois, comme dans tout régime d'assurance, il convient de préciser de manière générale ce que l'on assure ou de donner au moins une définition globale de ce qui va éventuellement être assuré. Ces éléments de base ont été perdus de vue à mesure que les gouvernements, dans tout le pays, dispensaient de plus en plus de services avec l'argent des contribuables, le réseau des soins de santé prenant une signification différente selon les différentes régions du pays. C'est la base sur laquelle nous avons besoin de nous appuyer.

À la rubrique «exigences», l'exigence numéro un au Canada à l'heure actuelle, avant toute autre chose, c'est de faire preuve d'initiative. Il faut tout d'abord qu'il y ait une définition claire des rôles et des responsabilités, à mon avis, ou une clarification des rôles entre le secteur privé, d'un côté, et le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, de l'autre, pour réduire les chevauchements et les doubles emplois au sein du réseau canadien de la santé. Ce n'est pas une chose nouvelle, bien entendu. Voilà au moins 10 ans, et même davantage, j'en suis sûr, qu'on l'exige sous différentes formes.

S'il convient d'appuyer, à mon avis, les principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé, la portée de cette loi devra être élargie pour garantir à l'avenir l'accès et la permanence des services. Pour faire preuve d'initiative, le Canada devra apprendre à se pencher sur le principe même du réseau canadien de la santé et à en relever les défis plutôt que d'appliquer un dogme précis ou des solutions parcellaires émanant de responsables qui sont le jouet des différents groupes d'intérêt en matière de santé. Les groupements d'intérêts — et le terme n'est pas péjoratif — sont nombreux, mais il faut qu'à un moment donné les dirigeants sachent prendre leurs responsabilités et prennent des décisions.

Il est indispensable, pour que l'on arrive à un accord au Canada, que les changements apportés à l'assurance-santé aient un véritable sens et que l'on ne se contente pas de jeter de l'argent à la demande des provinces dans le gouffre que représentent à l'occasion des programmes fragmentés et inspirés par des idéologies. Nous avons effectivement besoin d'affecter davantage de crédits dans certains secteurs, mais cela ne peut pas remplacer une politique globale appliquée à l'ensemble du réseau de la santé.

We need to increase the flexibility of the principle of universality, in my personal view, in the Canada Health Act to include the concept of universal inclusive coverage. I think I said in the first paragraph that we want all Canadians to be covered by the health care system. There are parts to the health care system. Every person being covered is different than universality, as I understand it, in the Canada Health Act. In that respect, we need to lighten up, in order to get the job done. It would be helpful in further considerations of portions of the health care system to consider pharmaceuticals and home care, which are not now considerations per se under parts of the health care system under the Canada Health Act.

The second from the last point is organizational considerations. We need to delineate and develop the health care and income support components of one's general health. That is very important as we think of home care, which I support.

Senator Robertson, your contribution to home care with the Extra-Mural Program lives on. As a family physician, every day that helps New Brunswickers, Canada has something to learn from this program, in my view.

A health care policy should be developed on the basis of need, not simply on age or disease entity or specific disability. There is a tendency to fragment people with needs into various categories. As such, programs get developed for various categories of people, and there is overlap and duplication of support. I think that needs to be reviewed.

The living needs of the disabled, regardless of age or challenge, require consideration of income support measures — there is an income support issue that follows every disability — and cannot be expected to be funded by a health care budget. There needs to be clarification of what it is the federal government would be supporting a little more clearly when they provide funding for "health care."

I support the five distinct federal roles in health care as outlined in your document. I think they are very helpful, particularly the follow-up to that for those who would chose to make a decision about these matters in the future.

The federal government's role has to be one of setting the tone on all kinds of issues, but particularly in health care. Examples of the federal role could be found in the promotion of wellness. ParticipACTION has gone by the wayside. I say that only to make the point that if you have public policy and you are pushing wellness out of one side, is there a real case for dropping ParticipACTION at this point in time? I just throw that out for reflection.

Je considère personnellement que nous devons appliquer de manière plus souple le principe de l'universalité, tel qu'il figure dans la Loi canadienne sur la santé, afin de poser le principe d'une couverture d'assurance s'appliquant à tous. Je crois avoir dit dans le premier paragraphe qu'il fallait que tous les Canadiens soient couverts par le régime de la santé. Le réseau de soins de santé comporte différentes parties. Le fait que tout le monde soit couvert par l'assurance, ce n'est pas la même chose que l'universalité, tel que ce principe est posé, à mon sens, par la Loi canadienne sur la santé. À cet égard, nous devons faire preuve de plus de souplesse, si nous voulons parvenir à nos fins. Il serait utile, lorsque nous nous pencherons à l'avenir sur certaines parties du réseau de la santé, de prendre en compte les soins pharmaceutiques et les soins à domicile, qui ne sont pas pris en charge séparément à l'heure actuelle par une partie du réseau de la santé aux termes des dispositions de la Loi canadienne sur la santé.

L'avant dernier point est celui des considérations liées à l'organisation. Nous avons besoin de définir et de développer des soins de santé et les éléments de soutien du revenu qui déterminent l'état de santé général. C'est très important lorsqu'on pense aux soins à domicile, que j'appuie.

Sénateur Robertson, votre contribution aux soins à domicile dans le cadre de votre programme Extra-muros ne se dément pas. En tant que médecin de famille, je constate tous les jours qu'il aide les habitants du Nouveau-Brunswick. Le Canada a des enseignements à tirer de ce programme, à mon avis.

Il convient d'élaborer les politiques en matière de santé en fonction des besoins et non pas simplement de l'âge, de la maladie ou d'une incapacité précise. Nous avons tendance à subdiviser les gens dans le besoin en différentes catégories. De ce fait, on élabore des programmes s'adressant à différentes catégories de personnes et c'est à partir de là que l'on retrouve les doubles emplois et les chevauchements. Je considère qu'il faut revoir la question.

Les besoins vitaux des handicapés, quel que soit leur âge ou la sévérité de leur handicap, doivent être pris en compte en faisant appel à des mesures de soutien des revenus — il y a un problème de revenus qui accompagne tous les handicaps — et on ne doit pas s'attendre à ce que ces besoins soient financés par le budget de la santé. Il convient de préciser un peu mieux ce que le gouvernement fédéral entend appuyer lorsqu'il finance «la santé».

J'appuie les cinq rôles distincts que doit jouer le gouvernement fédéral en matière de santé, tels qu'ils sont exposés dans votre document. Je pense qu'ils sont très utiles, notamment pour ce qui est du suivi que feront les responsables qui choisiront de prendre des décisions en la matière à l'avenir.

Le gouvernement fédéral doit se charger de donner le ton sur toute sorte de questions, et plus particulièrement en matière de santé. On peut trouver des exemples du rôle joué par le gouvernement fédéral dans la promotion de la bonne santé. Le programme ParticipACTION a été mis à l'écart. Je le rappelle simplement pour souligner que lorsque les pouvoirs publics ont décidé d'un côté de faire la promotion de la bonne santé, on voit difficilement pourquoi il faudrait justement abandonner à ce

I think the federal government role could be enlarged in public health — for example with respect to immunization standards, food and drug directorates, which it does, immigration and travel issues, which go together, national blood standards, and in particular health care human resource forecasting or dealing with supply and funding thereof. Interesting that student aid is a national program. It has been. There is the area of health care professional training, and how many we have in Canada and how many are we likely to have in Canada. I think this is an appropriate role for the federal government to enlarge itself. It is related to student aid. It is also related to predictability of a health care support system.

The provinces and territories, in my view, would continue to be responsible for an integrated delivery system in individual communities in Canada. We need to look at that, in particular, as it applies to some Aboriginal issues or health care, which you have outlined in the report.

Universal health care coverage for all residents in Canada should be provided, in my view, through a public-private system. The public-sector — I think I found the definition of that in your earlier document, Volume 1 — would include various levels of government. For example, workmen's compensation boards are included in public spending. Private-sector spending, which is about 30 per cent in Canada, includes out-of-pocket costs and expenditures by third-party insurers.

The public system, I think, needs to consist of health care relating to hospital, community, and home physician services. It would include nursing, social work, occupational therapy, physiotherapy, respiratory technology, dietetic, and ambulance services, being part of a clearly defined program. It would also include pharmaceutical services necessary to support those publicly funded endeavours. Of course, public health care services would be subject to Canadian guidelines and standards.

I strongly support the creation of primary care teams consisting of multi-disciplinary integrated teams. These teams could be developed as a replacement for some fragmented services in parts of Canada. These teams would provide 24-hour coverage in health care, and this is very important. The primary entry to the health care system is very important. I think we need to look at ways in which we can make that happen. Your discussion on the primary health care team, I think, is helpful in bringing that to the fore.

moment-là le programme ParticipACTION. Je vous demande simplement d'y réfléchir.

Je pense que l'on pourrait élargir le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique — ainsi, en ce qui a trait aux normes de vaccination, du travail effectué justement par les directions des aliments et drogues, aux questions d'immigration et de voyages à l'étranger, qui vont ensemble, aux normes nationales sur les transfusions sanguines et, plus particulièrement, à la prévision des ressources humaines dans le secteur de la santé ou à l'offre et au financement qui s'y rapportent. Il est intéressant de constater que l'aide financière apportée aux étudiants fait l'objet d'un programme national. C'est le cas. Il s'agit du secteur de la formation professionnelle dans le réseau de la santé et nous devons savoir combien nous allons former de gens et combien nous allons vraisemblablement en avoir au Canada. Je pense qu'il est normal que le gouvernement fédéral élargisse son rôle. Cela se rapporte à l'aide financière apportée aux étudiants. Cela a trait aussi à la possibilité de prévoir la mise en place d'un réseau de soutien en matière de santé.

Les provinces et les territoires continueront à être responsables, à mon avis, de la délivrance de soins intégrés dans les différentes localités du Canada. Nous devons nous pencher sur cette formule, notamment lorsqu'elle soulève des questions liées à la santé des Autochtones, que vous avez exposées dans votre rapport.

La couverture universelle des soins de santé doit s'appliquer à mon avis à tous les résidents du Canada par l'intermédiaire d'un réseau associant le secteur public au secteur privé. Le secteur public — je pense que j'en ai trouvé la définition dans votre document antérieur, le Volume 1 — comprendra différents paliers de gouvernement. Ainsi, les commissions des accidents du travail sont incluses dans les comptes publics. Les dépenses correspondant au secteur privé, qui représentent environ 30 p. 100 du total au Canada, comprennent les frais payés personnellement par l'assuré ainsi que les dépenses engagées par les assureurs agissant en tant que tierces parties.

Le secteur public, à mon avis, doit se charger des soins de santé correspondant aux hôpitaux, aux services communautaires et aux médecins de famille. Ils doivent englober les services d'infirmerie, les services sociaux, l'ergothérapie, la physiothérapie, les technologies respiratoires, la diététique et les services ambulanciers, qui doivent faire partie d'un programme bien défini. J'engloberais aussi les services pharmaceutiques devant appuyer ces fonctions financées par des fonds publics. Bien entendu, les services de santé publics devront être assujettis à des directives et à des normes canadiennes.

Je suis résolument en faveur de la création d'équipes de soins primaires pluridisciplinaires et intégrées. Ces équipes pourraient se substituer à certains services dispersés dans différentes régions du Canada. Elles assureraient des soins de santé 24 heures sur 24, ce qui est très important. L'accès au départ au réseau des soins de santé revêt une très grande importance. Je pense qu'il nous faut envisager les moyens de parvenir à de bons résultats dans ce domaine. Votre discussion de l'équipe de soins de santé primaires met, à mon avis, utilement la question sur le devant de la scène.

The private system would consist of supplementary support and coverage for the above programs. I think in the area of development of technology, as it applies to the health care system, there are all kinds of opportunities for a greater federal role, in my view, to avoid overlap and duplication of individual provinces attempting to create specific systems. As a country, we can streamline this.

The funding of a health care system has to have some consideration of organizational things, some of which I have mentioned, before we can really deal with the funding. We have to know what it is in general terms we are funding, particularly from the public sector. There has to be some kind of uniformity across the country in terms of what is covered. You have to have that and you have to have the principles enshrined before you can work out the funding.

While funding cannot continue to be open-ended, it has to be a national priority. Therefore, the national challenge is to articulate what it is we would fund as a national priority. Accountability depends on all kinds of things, including efficiency, quality, integration, and the relevancy of services at the point of delivery.

At a macro level, governments need to begin to think in terms of healthy public policy when considering environmental, economic and foreign policy issues, particularly in world trade agreements. Health departments within governments — and this is something we cannot decree here — must be looked upon as key players, not just as departments with insatiable demands for public funds. It has to be a key player through a public policy structure within government.

In terms of simplifying the national debate, I think it would be helpful if the CHST funding were separated, such that funding for health care were defined separate from post-secondary education. Certainly health ministers do not need to be in front of a microphone defending how much went to health care; there are other things to do. Perhaps there are reasons why that funding could not be separated, but I cannot think of any.

Let me just address the sustainability of the non-hospital service portion of health care system. There is a continuity of care between prevention, lifestyle, all of those things that are health issues. An individual who was in an acute care situation but who no longer requires acute may require home care. The individual may have needs at home that did not exist before. Some of them might be physical needs. They may not relate strictly to health care, but they support the individual at home. The sustainability of non-hospital services should be sustained by a variety of methods of payment — co-payment, premiums, private insurance plans — to support that part of the health care system that is not currently in the Canada Health Act. This needs to be done, and it needs to be systematized so that people understand that it is part of the

Le réseau privé regrouperait l'appui logistique et la couverture des programmes ci-dessus. Je pense que dans le domaine de la mise en oeuvre de la technologie, telle qu'elle s'applique au réseau des soins de santé, il y a toutes sortes de possibilités qui s'offrent pour élargir le rôle joué par le gouvernement fédéral afin d'éviter les doubles emplois et les chevauchements qui se produisent lorsque chacune des provinces s'efforce de son côté de mettre en place un réseau individuel. À l'échelle de notre pays, nous pouvons rationaliser cette procédure.

Le financement d'un réseau de la santé doit tenir compte jusqu'à un certain point des problèmes d'organisation, et j'ai mentionné certains d'entre eux, avant que l'on puisse passer à la question des crédits proprement dite. Il nous faut savoir ce que nous finançons de manière générale, notamment par des fonds publics. Il convient qu'il y ait une certaine uniformité à l'échelle du pays en ce qui a trait aux crédits dispensés. Il faut avoir bien posé les principes au départ avant de pouvoir passer au financement.

Même si le financement ne peut plus être illimité, il faut que ce soit une priorité nationale. Il faut donc que notre pays se demande précisément ce qu'il va financer dans le cadre de cette priorité nationale. La responsabilité financière repose sur différents critères, notamment la rentabilité, la qualité, l'intégration et la pertinence des services là où ils sont délivrés.

Au niveau global, il faut que les gouvernements se mettent à penser à la santé publique lorsqu'ils se penchent sur les questions d'environnement, d'économie et de politique étrangère, notamment dans le cadre des accords commerciaux internationaux. Les ministères de la Santé des divers gouvernements — et c'est quelque chose que nous ne pouvons tout simplement pas décréter ici — doivent être considérés comme des participants essentiels et non pas simplement comme des consommateurs insatiables de fonds publics. Il faut qu'ils jouent un rôle essentiel dans les politiques publiques des gouvernements.

Pour simplifier le débat national, je pense qu'il serait utile que le TCSPS fasse l'objet d'un financement distinct, de même que le financement de la santé a été défini séparément de celui de l'enseignement postsecondaire. Les ministres de la Santé ont certainement bien d'autres choses à faire que de venir devant un micro défendre le montant des crédits consacrés à la santé. Il y a peut-être des raisons pour lesquelles ce financement ne peut pas être séparé, mais je n'en vois aucune.

Je vais maintenant vous parler de la rentabilité à long terme de la partie du réseau de soins de santé qui ne correspond pas aux services hospitaliers. Il y a une continuité des soins entre la prévention, le mode de vie et tout ce qui touche la santé. Une personne en soins intensifs aura peut-être besoin de soins à domicile une fois sortie de ce service. Elle aura peut-être chez elle des besoins qui n'existaient pas auparavant. Certains d'entre eux peuvent se situer sur le plan physique. Ils ne sont peut-être pas liés strictement aux soins de santé, mais ils lui facilitent la vie chez elle. La rentabilité à long terme des services non hospitalier doit être garantie par une diversité de formules de paiement — frais modérateurs, primes, régimes d'assurance privée — pour financer la partie du réseau de soins de santé qui ne relève pas à l'heure

health care system. It does need publicly funded dollars, but it needs to have contributions from users on a base. I think that we can do this without, if the will was there, to get the job done for people.

I continue to believe that extra-billing over and above the established fees for any health care service under the Canada Health Act should not be permitted.

One thing I think that needs to be stressed is that federal funding to provinces and territories, in my view, should be conditional on their providing established levels of service and not just conditional on compliance with the Canada Health Act.

The Canada Health Act has served us well. During the time I was in public life, it was one of the main factors that prevented the fragmentation of the system into chaos. The Canada Health Act does not provide care for anybody. It is the system that the Canada Health Act would protect that is under stress. It is not the Canada Health Act itself. The Canada Health Act becomes irrelevant if there is no system to defend. I say that only because some of my elected colleagues, past and present, make the statement that they defend the Canada Health Act. They wrap themselves in the Canada Health Act, and then there is a tendency to walk away and say: "Well, I have dealt with health; I am for health." It allows people not to have to really think about things or be answerable. It is not good enough any more. The Canada Health Act is something that is there; that is not the problem.

In closing, I support a national pharmaceutical and home care program, but I do not think they can be covered by first dollar payment under the Canada Health Act if we are to sustain this system with some kind of responsibility. If we apply the principle that all Canadians should be covered somehow, or universal rather than universality, I think a pharmacare program and a home care program, realizing that income support issues should be separate from health care issues, can be achieved. I think we have the ingenuity to do it. It is needed, particularly with respect to pharmaceuticals, which represents a significant portion in this part of the country of people who are working but do not have a support. I think we can do this if we want to really work together.

If one of the major responsibilities of the federal government is to bring us together, the time is right for a practical, functional federal vision, a reference point, if you like, in order to provide the national health care debate. The success of the health care system in the future will not be measured through a ballot box, as we know, but by Canadians and their families who know that their

actuelle des dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Il faut le faire, et de façon systématique, pour que la population comprenne que cela fait partie du réseau de soins de santé. Il n'est pas nécessaire que ce soit financé par des fonds publics, mais il faut que les utilisateurs versent une contribution sur une certaine base. Je pense que l'on peut y parvenir, à condition d'en avoir la volonté, afin de se mettre au service de la population.

Je continue à considérer qu'une surfacturation, au-delà des montants établis pour les différents services de soins de santé par la Loi canadienne sur la santé ne doit pas être autorisée.

Il y a une chose sur laquelle je crois devoir insister, c'est sur le fait que le financement des provinces et des territoires par le gouvernement fédéral devrait avoir comme condition la fourniture de services correspondant à la qualité établie et non pas la simple conformité aux dispositions de la Loi canadienne sur la santé.

La Loi canadienne sur la santé nous a rendu de bons services. Pendant tout le temps que j'ai passé dans la vie publique, j'ai été l'un des principaux acteurs ayant contribué à éviter une fragmentation du réseau débouchant sur le chaos. Ce n'est pas la Loi canadienne sur la santé qui procure les soins aux gens. C'est le réseau que cherche à protéger la Loi canadienne sur la santé qui est soumis à des tensions. Ce n'est pas la Loi canadienne sur la santé proprement dite. Cette loi deviendrait inutile s'il n'y avait pas de réseau à protéger. Je vous dis cela uniquement parce que certains de mes collègues élus, d'hier et d'aujourd'hui, affirment défendre la Loi canadienne sur la santé. Ils se targuent d'être les grands défenseurs de cette loi et se lavent les mains de tout le reste en disant: «Bon, j'ai maintenant réglé le problème de la santé; je suis en faveur de la santé.» Cela permet aux gens de ne pas vraiment penser à la question et de s'abstenir de prendre leurs responsabilités. Ça ne suffit plus aujourd'hui. La Loi canadienne sur la santé est là, et bien là: le problème est ailleurs.

Pour terminer, je suis en faveur d'un programme national d'assurance-médicaments et de soins à domicile, mais je ne pense pas qu'il puisse être uniquement subventionné aux termes de la Loi canadienne sur la santé si nous voulons pouvoir assurer la rentabilité de ce réseau en faisant preuve d'une certaine responsabilité. Si nous partons du principe que tous les Canadiens doivent être en quelque sorte couverts par une assurance qui soit universelle, par opposition au principe d'universalité, je pense que l'on peut réussir à mettre en place un programme d'assurance-médicaments et de soins à domicile en tâchant de ne pas oublier que les questions se rapportant au soutien des revenus doivent être séparées de celles qui sont liées à la santé. Je pense que nous sommes assez intelligents pour y parvenir. C'est nécessaire, notamment en ce qui a trait aux médicaments, qui représentent une part significative des dépenses dans cette région de notre pays où la population des travailleurs ne bénéficie d'aucun avantage. Je pense que nous pouvons y parvenir si nous sommes vraiment prêts à travailler ensemble.

Si l'une des grandes responsabilités du gouvernement fédéral est de nous rassembler, il est temps de mettre en œuvre un projet fédéral pratique et fonctionnel, un projet de référence, si vous voulez, de façon à lancer le débat sur les soins de santé à l'échelle nationale. Le succès de ce réseau de la santé ne sera pas mesuré à l'avenir dans les urnes, nous le savons, mais par la population et

needs are being met. That is the criteria. The fear of the future needs to be removed by decision making.

The Deputy Chairman: Thank you, Dr. King, for a very thorough and insightful presentation.

Senator Robertson: Dr. King, your most enlightened presentation gives us a lot to think about. We shall be studying your document carefully. Unfortunately, there is not enough time to put all the questions we would like to put on the table, so one has to be selective in certain areas. As you said, it is a very complicated issue. We have to be very careful as we progress with the task before us.

Dr. King, from the many issues you have identified, I will touch on just a couple.

I think you are one of the first witnesses to emphatically state that, as we move into home care and pharmacare, there has to be some private expenditure in there, some private coverage. Many people want total coverage, and it would be great if we could have total coverage of pharmacare and community health. It would be great if we could cover them and they could be wide open, free to everyone. In a practical world, I am not sure how we would get there. The wish list is very long, but the resource list is not that long, so we have to be careful.

I will start with the Canada Health Act. The five principles are almost like a national anthem, like a prayer that we say at night before we go to bed: "I pledge allegiance to the five principles of the Canada Health Act." You mentioned there are certain things that you wanted to look at there, I believe, if I understood you correctly. Tell us again, please. The delivery of medicine is not the same today as it was when that act was established. We are moving in a changing world. Could you please tell us more precisely or give a little more explanation on how you look at the five principles and what needs to be done with them?

Dr. King: The five principles have served us well, but they still need to be thought about. There are certain things that we have become accustomed to that are under the Canada Health Act. I think you need to think about how they work rather than just recite them. Your document has talked about and expounded on the one of public administration. There is some flexibility on the public administration, as your document outlines. I think that in itself is a modification.

Accessibility as part of it is a very key thing. It is the part that Canadians probably complain about the most, and that is "I cannot get to the services that exist." We need to realize, rather than just talking about accessibility, that sustainability and defining and dealing with organizational issues that I have tried in the short time to indicate will give meaning to accessibility.

les familles canadiennes, qui sauront que l'on a répondu à leurs besoins. C'est cela le critère. C'est en prenant des décisions que l'on fait disparaître la peur de l'avenir.

La vice-présidente: Merci, docteur King, de cet exposé très complet et très profond.

Le sénateur Robertson: Docteur King, cet exposé tout à fait passionnant nous donne matière à réfléchir. Nous allons étudier avec attention votre document. Malheureusement, nous n'avons pas suffisamment de temps pour poser toutes les questions que nous voudrions poser, et il nous faut donc nous limiter. Vous l'avez dit, la question est très complexe. Nous devons être très attentifs à mesure que nous progressons.

Docteur King, je n'aborderai qu'une ou deux des nombreuses questions que vous avez évoquées.

Je pense que vous êtes l'un des premiers témoins à déclarer avec force que lorsqu'on aborde le domaine des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, il faut qu'il y ait certaines dépenses du secteur privé qui soient faites dans ces secteurs, une certaine couverture privée. De nombreux intervenants veulent une couverture intégrale, et ce serait magnifique si nous pouvions couvrir intégralement les frais pharmaceutiques et la santé communautaire. Ce serait merveilleux si nous pouvions tout rembourser et si l'accès était libre et gratuit pour tout le monde. Dans la pratique, je ne suis pas sûre que nous puissions y parvenir. La liste de vœux est très longue, mais celle des ressources l'est moins, et il nous faut donc agir avec précaution.

Je commencerai par la Loi canadienne sur la santé. Les cinq principes s'apparentent à un hymne national, à la prière que nous disons le soir avant d'aller nous coucher: «Je jure de respecter les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé.» Je crois que vous avez dit qu'il fallait revoir un certain nombre de choses dans ce domaine, si je vous ai bien compris. J'aimerais que vous nous le répétiez. Les soins médicaux ne sont pas dispensés à l'heure actuelle comme ils l'étaient au moment où le régime a été établi. Notre monde a évolué. Pourriez-vous nous dire plus précisément comment vous voyez ces grands principes et nous expliquer rapidement ce que nous devons en faire?

Le Dr King: Ces cinq principes nous ont rendu de grands services, mais il faut encore y réfléchir. Nous nous sommes habitués à un certain nombre de choses qui relèvent de la Loi canadienne sur la santé. Je pense qu'il vous faut penser à la façon dont elles opèrent plutôt que de vous contenter de réciter ces principes. Vous avez évoqué et développé dans votre document la question de l'administration publique. Nous disposons d'une certaine marge de manoeuvre en matière d'administration publique, comme l'indique votre document. Je pense qu'il s'agit en soi d'une modification.

L'accessibilité est un élément essentiel. C'est sur ce point probablement que les Canadiens se plaignent le plus quand ils disent «Je ne peux pas obtenir des services qui sont en place.» Nous devons bien comprendre qu'il ne faut pas nous contenter de parler d'accessibilité, mais que les questions de rentabilité à long terme et de définition des problèmes liés à l'organisation, que j'ai essayé rapidement de vous exposer, donneront un sens à cette accessibilité.

Portability is a Canadian value, one that is very important to us. Again, just reciting it, it will come to mean less if we cannot get the same services in various parts of the country that you have right now.

Comprehensiveness refers to what? That is part of the debate, what we included.

Universality implies that everyone is really entitled under the same circumstances with no cost and that no fee is assigned to that, and I think that is still an important principle, providing you can assure sustainability of the system and providing that you are able to make it predictable.

Universal, to me, is different, in the sense that if there is a part of the health care system under which you want everyone to be covered you have opportunities for a little more creativity in determining how they get the coverage. Hence, universality has implied no first dollar coverage. Universal means you are supporting everyone having coverage, giving the flexibility that does not have.

Senator Robertson: Do you feel, with your experience, that the great arguments that go on between provinces and the federal government so often erupt because of the particular interpretation of those five principles or part of them?

Dr. King: Great arguments do go on. They erupt because of dogma sometimes, and that is why I alluded to that point in my remarks. If provinces would take a problem-solving approach to what is in the Canada Health Act and do their homework around it in organization and sustainability issues, then we might get somewhere, but arguments do happen, and there is a refusal to look at anything other than covering first dollar for everything that is under health care. Of course, we know that is not the case, that provinces pay for many things, and they include them under the health care budgets that have nothing to do with the Canada Health Act. The Extra-Mural Program in New Brunswick is one of those. It is such an important part of our life that it is included under the health care budget. It is hard to determine where it all starts and ends.

Senator Robertson: There are two schools of thought that we seem to run into all the time. A percentage of Canadians tell us that there are sufficient deficiencies that could be had in the system now that would pay for expanded services such as pharmacare and home care. Others tell us, and I think you are one, if I hear you correctly this morning, that we will have to look at a different form of funding or consider participatory action on the part of the citizens as we put home care and pharmacare in place, and anything else that we add to the system.

La transférabilité est une valeur canadienne, très importante pour nous. Là encore, plutôt que de réciter ce mantra, il faut bien voir qu'il n'aura pas la même signification si nous ne réussissons pas à obtenir les mêmes services dans les différentes régions du pays comme cela se fait à l'heure actuelle.

À quoi se réfère l'intégralité? Cela fait partie du débat que nous avons engagé.

L'universalité implique que tout le monde a droit aux mêmes services dans les mêmes circonstances, gratuitement, sans qu'aucun frais ne soit calculé au titre de ce service, et je crois que ce principe reste important, à condition que l'on puisse continuer à avoir les moyens de défrayer le coût du régime et d'être en mesure de tabler sur l'avenir.

Une couverture universelle, c'est pour moi quelque chose de différent, en ce sens que s'il y a une certaine partie du réseau des soins de santé dont vous voulez que tout le monde puisse profiter, vous pouvez faire preuve d'un peu plus de créativité lorsqu'il s'agit de déterminer de quelle façon on va assurer la couverture. Par conséquent, l'universalité signifie que personne ne va payer le moindre dollar. Une couverture universelle signifie qu'on s'assure que tout le monde est couvert en gardant une marge de manoeuvre qu'on n'a pas dans la première option.

Le sénateur Robertson: Avez-vous l'impression, compte tenu de votre expérience, que les grandes polémiques qui éclatent si souvent entre les provinces et le gouvernement fédéral s'expliquent par une interprétation divergente de ces cinq principes ou d'une partie d'entre eux?

Le Dr King: Il y a effectivement des polémiques. Elles éclatent parfois parce que l'on cherche à faire respecter un dogme, et c'est à quoi j'ai fait allusion tout à l'heure. Si les provinces se posaient vraiment la question de savoir ce que signifie exactement la Loi canadienne sur la santé et si elles faisaient leur travail en matière d'organisation et de rentabilité à long terme, nous pourrions peut-être avancer, mais il y a effectivement des polémiques et le refus de considérer toute autre solution qu'une couverture intégrale des soins de santé. Bien entendu, nous savons qu'il n'en est rien et que les provinces ont bien des postes de dépenses qu'elles font figurer dans des budgets de soins de santé qui n'ont rien à voir avec la Loi canadienne sur la santé. Le programme Extra-muros du Nouveau-Brunswick en est un exemple. Il fait tellement partie de notre vie qu'il figure dans le budget de soins de santé. Il est difficile de déterminer où ça commence et où ça finit.

Le sénateur Robertson: Il y a deux écoles de pensée qui se font systématiquement entendre. Une partie de la population canadienne nous dit que le réseau actuel comporte tellement de failles qu'une rationalisation nous permettrait de dégager l'argent nécessaire pour étendre des services comme l'assurance-médicaments ou les soins à domicile. D'autres nous disent, et je crois que vous faites partie de ces gens, si je vous ai bien compris ce matin, qu'il nous faudra envisager différentes formes de financement ou encore un mode de participation du public lorsque nous mettrons en place les soins à domicile, l'assurance-médicaments ou toute autre formule venant compléter notre régime.

Look back at the start of medicare. At that time, most health care services were delivered in hospitals or doctors' offices, but now that figure is down to 40 per cent. Sixty per cent of services are out there in the other world. Can you reinforce your position on those two positions that we hear quite often? Can you reinforce your position on that split of ideology?

Dr. King: There are savings to be made from an efficiency point of view if we were to make some organizational structures, and this is what I alluded to at a macro level. If we avoided overlap and duplication between federal, provincial and territorial services, we could save dollars on a macro level. I will give an example of wellness.

Provinces are getting into "wellness," which is good, but there is a national tone. A lot of the wellness, the support of Olympic teams, ParticipACTION, stay healthy, run faster, let's clean up our harbours, because it is part of wellness, fits into the federal role. The federal role also can be seen in immunization, travel clinics, immigration. All of those things naturally flow. There is the area of human resources, because the universities and health departments across the country have had difficulty determining how many health professionals are needed in a particular time. That could be done nationally. Hence, there are macro savings to be done there.

There are things that would be done at the provincial level that I do not think you have to do at the federal level, as to the mix of health care professionals and how they are used. Those are management issues and common sense issues.

In spite of those things, in spite of those organizational structures, changes, if we are to have pharmacare, with its enormous costs, I think we can have it if we ensure that all Canadians are supported, but those that can will have to contribute to make it happen.

I am not trying to sit on the fence, I think you need it all that way if we will sustain it over time at all, and home care will require far more work, in my opinion, on the income support sides of government than it will on the health care issues.

I know I am beating the drum for Extra-Mural here, but I will give you an example. Let's take the case of a disabled individual, who may be disabled because of a genetic problem or simply frail, elderly. That person is in the home, with a whole set of needs in order to live at home. The health care dollars that I think should be funded under the Canada Health Act would flow with the nurses who are essentially nurse practitioners, by any definition. They are very highly trained, the ones that are in the Extra-Mural, who provide the health care service, the pharmaceuticals. We have people on intravenous medication at home. Most of the palliative care in New Brunswick is done in homes, supported by this. That part needs to be funded, and I think should be under the Canada

Voyez ce qui s'est passé pour l'assurance-santé. Au départ, la plupart des services de santé étaient dispensés dans les hôpitaux ou dans les cabinets des médecins, mais aujourd'hui ce pourcentage a été ramené à 40 p. 100. Soixante pour cent des services sont fournis selon d'autres formules. Pouvez-vous nous répéter ce que vous pensez de ces deux points de vue que nous entendons souvent? Comment faites-vous la part des choses entre ces deux principes contraires?

Le Dr King: On peut réaliser des économies en procédant à une rationalisation de certaines structures de l'organisation, comme je l'ai indiqué en parlant de l'ensemble du réseau. En évitant les chevauchements et les doubles emplois entre les services fédéraux, provinciaux et territoriaux, nous pourrions économiser de l'argent au niveau global. Je vais vous donner un exemple de politique de la santé.

Les provinces se lancent dans la «politique de la santé», ce qui est une bonne chose, mais il y a une dimension nationale. Pour une bonne part, la politique de la santé, le financement des équipes olympiques, le programme ParticipACTION, les conseils donnés à la population pour qu'elle reste en santé et fasse du sport, le nettoyage de nos ports, relèvent des attributions fédérales. Le gouvernement fédéral peut aussi jouer un rôle en matière de vaccination, de cliniques pour les voyageurs, d'immigration. Ce sont là des conséquences logiques. Il y a le domaine des ressources humaines étant donné que les universités et les services de santé, à l'échelle du pays, ont eu des difficultés à déterminer le nombre de professionnels de la santé dont on a besoin à un moment donné. Ça pourrait se faire au plan national. Il y a donc des économies qui peuvent être réalisées au niveau global.

Il y a un certain nombre de choses qui doivent être faites au niveau provincial et qui, à mon avis, ne relèvent pas des attributions du gouvernement fédéral, telles que la composition et l'utilisation des équipes de santé. Ce sont là des questions qui relèvent de la gestion et du bon sens.

En plus de toutes ces choses, outre les changements apportés aux structures de ces organisations, à partir du moment où nous mettons en place une assurance-médicaments, dont les coûts sont énormes, je pense que tous les Canadiens qui seront alors assurés devront aussi faire leur part pour que ce soit possible.

Je ne cherche pas par là à éviter le problème. Je crois qu'il faut faire toutes ces choses si l'on veut que notre réseau soit performant à long terme, et les soins à domicile exigeront bien plus de travail, à mon avis, de la part du gouvernement, dans le domaine du soutien aux revenus que dans celui des soins de santé.

Je sais que je me fais l'avocat ici du programme Extra-muros, mais je vais vous donner un exemple. Prenons le cas d'une personne handicapée, qui l'est éventuellement pour des raisons génétiques ou parce qu'elle est tout simplement fragile ou âgée. Cette personne vit à domicile, et l'on doit subvenir à tout un ensemble de besoins pour qu'elle puisse rester dans ses foyers. Le plus gros du financement des soins de santé qui doit se faire, à mon avis, au titre de la Loi canadienne sur la santé, ira aux infirmières qui seront essentiellement, quelle que soit la définition qui en sera donnée, des infirmières praticiennes. Elles ont une formation poussée, ce sont celles qui travaillent dans le cadre du programme Extra-muros et qui dispensent des services de santé et

Health Act because that is the Canadian way. However, the lift for the steps, the modifications of Aunt Suzie's bedroom, the extra support for someone around the clock, the strong back, the mature adult, not the nurse, needs to be funded out of some other budget than health care.

Hence, if the provinces and the premiers and the Prime Minister or the health minister, federally, are talking about accountability, that if we give this extra money, we have to have accountability, it means nothing if you do not define the organizational structures. You need to take the income support, because living a long time requires a lot of income. It requires a lot of income support and it requires more if you are disabled, whatever it may be. There needs to be a clarity of thought in organizational structure that will go a long way to defining the sustainability of the health care system, which is what your committee is focussing on. I hope I have answered the question; however, I am not sitting on both sides of the fence.

Senator Robertson: No.

Dr. King: I think they are both interrelated.

The Deputy Chairman: You mentioned in your presentation the lack of uniformity across the country, that some things are covered in some provincial jurisdiction and not in others. Do you think that that is a contributing factor to people not understanding the five principles of the Canada Health Act, and that with respect to accessibility and portability it is causing major problems for governments on the expectation level of people?

Dr. King: I think if we do not clarify it, yes, accessibility and portability issues will become more dominant than they are right now. During the 1990s, when governments had to really think about how to fund health care, various provinces de-insured various things, some more than others. The Province of Ontario had de-insured some things, I believe, that we did not have in New Brunswick to start with. I used to hear these kind of stories.

In the terms of seniors' physician services or seniors' pharmacare services in New Brunswick, for instance, when the Province of Ontario brought in co-pay, New Brunswickers had been paying two or three times that for some time to have the privilege of paying a premium. Hence, there is a great variety of things across the country and the discrepancies become greater.

administrent les médicaments. Nous avons des patients à domicile qui reçoivent des injections intraveineuses. La plupart des soins palliatifs au Nouveau-Brunswick sont dispensés à domicile, conformément à ce modèle. Il faut que ces services soient subventionnés et, à mon avis, dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé, parce que c'est ainsi que l'on procède au Canada. Toutefois, l'ascenseur à la place des escaliers, les modifications de la chambre de tante Suzie, les services de garde 24 heures sur 24, l'homme de peine, l'adulte qui vient relever le malade, contrairement à ce qui se passe pour les infirmières, tous ces services doivent être financés par un autre budget que celui de la santé.

Par conséquent, si les responsables provinciaux, les premiers ministres ainsi que le premier ministre ou le ministre de la Santé fédéraux veulent vraiment rendre des comptes, s'ils veulent dispenser des crédits supplémentaires et en assumer la responsabilité, il faut absolument qu'ils définissent les différentes structures de l'organisation. Il faut apporter un soutien au revenu parce que, pour vivre longtemps, il faut beaucoup de revenus. Il faut de grandes quantités d'argent pour soutenir les revenus, et encore plus lorsqu'il s'agit de handicapés, sans que l'on sache vraiment quels vont être les montants en jeu. Il nous faut avoir les idées claires en ce qui a trait à la structure de l'organisation, ce qui nous permettra d'assurer à long terme la viabilité du réseau de la santé, chose que votre comité s'est fixé comme objectif. J'espère avoir répondu à votre question et, ce faisant, je n'hésite pas à prendre mes responsabilités.

Le sénateur Robertson: Effectivement.

Le Dr King: Je crois que les deux choses sont liées.

La vice-présidente: Vous avez fait état dans votre exposé d'un manque d'uniformité à l'échelle du pays, du fait que certaines choses sont couvertes dans certaines provinces et pas dans d'autres. Avez-vous le sentiment que cela contribue à faire en sorte que la population comprenne mal les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé et que cela cause de grosses difficultés aux gouvernements parce que les gens attendent trop sur le plan de l'accessibilité et de la transférabilité?

Le Dr King: Je pense que si nous n'apportons pas une clarification, effectivement, les problèmes d'accessibilité et de transférabilité vont prendre plus d'importance qu'à l'heure actuelle. Tout au long des années 1990, alors que les gouvernements ont dû se pencher très sérieusement sur le financement des soins de santé, différentes provinces se sont mises à ne plus assurer certaines choses, certaines davantage que d'autres. L'Ontario a cessé, je pense, d'assurer certains services que nous n'avions pas de toute façon au Nouveau-Brunswick. J'ai entendu nombre d'histoires de ce genre.

Pour ce qui est, par exemple, des services médicaux ou pharmaceutiques mis à la disposition des personnes âgées, alors que la province de l'Ontario a institué des frais modérateurs, la population du Nouveau-Brunswick avait déjà l'habitude depuis un certain temps de payer deux ou trois fois plus pour avoir le privilège de souscrire une assurance. Il y a donc une grande disparité de régimes à l'échelle du pays, et les différences s'accroissent.

I use the word "basic" level of high-quality care. There has to be a general understanding of what is care. If you are dealing with the technological part and if you are a province that can afford an MRI for every 75,000 people, then I do not think that is a major problem for the rest of the country as long as the rest of the country, through the national effort, is able to have reasonable access by definition of what is appropriate. I think we can do it, but we have some really tough decisions to make.

We will have to define the envelope of what is under the Canada Health Act, I think, and that comes to various health care providers. I have listed people that I think are an integral part of it. There are a group of health care providers or increased quality-of-life people that I am not sure that we can cover as a first dollar payment. For instance, with every single endeavour that increases quality of life, someone will have to say, "No, you are not in because of such and such," as miserable as it sounds.

Senator Callbeck: You mentioned in your brief workmen's compensation, and we all know that people that are on workmen's compensation get priority in the system. If there is a certain test, they are bumped to the top, as I understand it. If they need a certain medical procedure, they get it ahead of the general public. Do you feel that that is fair and just?

Dr. King: I am not sure that that happens all the time, but that is the pressure. I personally was involved with trying to grapple with that situation. I mentioned it in this document.

I think that there needs to be a revamping of that aspect by having within the health care budget, a separate program that would involve workmen's compensation issues. That would avoid competition in the system, where someone elderly with cancer is bumped because an individual has a sprained knee that occurred on the job. You get around that by organizing it. I think we need to do workmen's compensation different. I think it has to be part of the health care system, but defined in the same way that you may put a capsule around a cardiac surgery program.

You do not hear the debate, "Well, so and so went for cardiac surgery, but I could not get an x-ray because I have something in my bowel." It is understood. People understand about a cardiac surgery program. It or other programs can be delineated. I think for workmen's compensation, you do that and you fund it, and I think you have all kinds of opportunity. I do not think you can totally bring that under the Canada Health Act, but I think you have to fund it in collaboration with the public sector and the compensation to do that a little differently. That will become a bigger problem if we leave it just like it is.

Je parle de soins «de base» qui soient de qualité. Il faut que l'on s'entende de manière générale sur le terme de soins. Dans le domaine de la technologie, si vous habitez dans une province qui peut se payer un appareil d'IRM pour 75 000 habitants, je ne pense pas que ça pose de gros problèmes pour le reste du pays dans la mesure où, grâce à la solidarité nationale, on peut y obtenir par définition le nécessaire. Je crois que c'est possible, mais nous aurons des décisions difficiles à prendre.

Il nous faut définir avec je pense, tout ce qui relève de la Loi canadienne sur la santé, et cela s'applique à différents fournisseurs de soins de santé. J'ai dressé la liste des responsables qui font partie intégrante du réseau. Je ne suis pas sûr que nous pourrions rembourser intégralement tous les services de certains intervenants en matière de santé ou de personnes chargées d'améliorer la qualité de vie des malades. C'est ainsi que chaque fois que l'on cherchera à améliorer la qualité de vie du patient, il faudra que quelqu'un intervienne pour dire: «Non, ce n'est pas remboursable pour telle ou telle raison», c'est bien dommage, mais c'est comme ça.

Le sénateur Callbeck: Vous avez évoqué dans votre mémoire les accidents du travail, et nous savons tous que les accidentés du travail ont priorité dans notre réseau. Si l'on impose certains critères d'admissibilité, ils se retrouveront en haut de la liste, si je comprends bien. S'ils ont besoin de soins médicaux, ils passeront avant le reste de la population. Estimez-vous que ce soit juste et équitable?

Le Dr King: Je ne suis pas sûr que ce soit toujours le cas, mais c'est la tendance, je me suis personnellement impliqué dans ce domaine. Je l'ai mentionné dans mon document.

Je pense qu'il faut revoir toute la question en mettant en place un budget de la santé distinct de celui qui a trait à l'indemnisation des accidents du travail. On éviterait ainsi qu'il s'exerce une concurrence au sein du réseau, une personne âgée atteinte de cancer devant passer son tour parce qu'un ouvrier s'est blessé au genou en travaillant. Il faut s'organiser pour remédier au problème. Je pense qu'il nous faut revoir le régime d'indemnisation des accidents du travail. À mon avis, ce programme doit faire partie intégrante du réseau de soins de santé, mais il doit être défini de la même manière qu'on le fait pour un programme de chirurgie cardiaque.

On n'entend jamais dire: «Voilà, un tel est passé en chirurgie cardiaque, mais on n'a pas pu me faire une radio alors que j'ai quelque chose dans les intestins.» C'est une chose qui est bien comprise. La population sait à quoi s'en tenir au sujet des programmes de chirurgie cardiaque. Ces programmes, comme les autres, peuvent être bien définis. Je pense que c'est ce qu'on peut faire au sujet de l'indemnisation des accidents du travail, il s'agit alors de le financer et toutes sortes de possibilités s'offrent alors à nous, à mon avis. Je ne pense pas qu'on puisse le faire relever intégralement de la Loi canadienne sur la santé, mais je considère qu'il est possible de le financer en collaboration avec le secteur public et la Commission d'indemnisation des accidents du travail de manière à faire les choses un peu différemment. Le problème ne fera que s'aggraver si on laisse les choses en l'état.

Senator Callbeck: You say it would become a bigger problem if we leave it as it is or if we change it?

Dr. King: If we leave it as it is I think it will become a bigger problem over time. With the demographics of the population, with some feeling that there is a finiteness to at least the acute care budget, I think unless you put it under a separate program that that will become the commonplace which you defined.

I must say that I have not found precisely what you said to be the case, but it definitely happens sometimes.

Senator Callbeck: Well, we certainly have heard it before from witnesses, and I understand it to be the case.

You mentioned the CHST funding, about dividing it so that the public would know how many dollars a province got for health and how many dollars for education, and that it should be for specific types of health care. Are you saying that the federal government should be specific in the services that that money will cover?

Dr. King: What I hope will be the end result of this committee's deliberation and the Romanow commission — and I am hoping that decision will be made on the clarification of the kind of services, not the specific procedures, of course: that is a local thing — is the kind of services that would be covered. I think that has to be done at some point. I think that funding should be given to provinces to ensure that the services are there rather than just the tenants of the Canada Health Act being supported. If you continue just to deal with the Canada Health Act, it becomes greyer and greyer as time goes on, and more confusion ensues.

Therefore, yes, in terms of clarity, once you have determined what you are giving the money for on the federal side, it would be helpful if you simply separated it. It helps to clarify things for Canadians, to reassure them.

Senator Callbeck: In some provinces, for example, chiropractic services are covered under medicare, while in others those services are not covered. You would have the federal government set out what services are covered and what services are not covered; correct?

Dr. King: What I think should happen is that the federal government, as a result of this committee, as a result of the Romanow commission, needs to articulate something itself that becomes a reference point. For instance, suggest the kinds of services that would be included, yes. Then in the typical Canadian way, if a time frame for implementation were set, there could be modifications, but modify something that is more concrete rather than just having a debate over dollars, which we seem to be having now. We need to be a little more sophisticated than that.

Le sénateur Callbeck: Vous nous dites que le problème va s'aggraver si on laisse les choses en l'état ou si on apporte des changements?

Le Dr King: Si on laisse les choses en l'état, je pense que le problème va s'aggraver avec le temps. Étant donné la composition démographique de notre population et compte tenu du fait qu'on a l'impression que les crédits ne sont pas illimités. Du moins en ce qui a trait au budget des soins intensifs, je considère que si on n'en fait pas un programme séparé, on se retrouvera aux prises avec les difficultés que vous venez d'exposer.

Je dois dire que je n'ai pas constaté personnellement le genre de situation que vous venez d'évoquer, mais il est évident qu'elle se produit parfois.

Le sénateur Callbeck: Disons que certains témoins n'ont pas manqué de le mentionner, et je crois savoir qu'il en est ainsi.

Vous nous avez parlé du financement du TCSPS, de sa ventilation devant permettre à l'opinion publique de savoir combien d'argent a reçu une province au titre de l'enseignement ou encore de la santé, et cela dans les différents secteurs de soins précis. Est-ce que selon vous le gouvernement fédéral devrait nous indiquer précisément quels sont les services devant être financés par ces crédits?

Le Dr King: J'espère que ce sera la conclusion des délibérations de votre comité et de l'étude effectuée par la commission Romanow — et j'espère que l'on décidera de préciser la nature des services et non pas d'indiquer des façons précises de procéder ce qui, bien entendu, relève des compétences locales — et que l'on précisera la nature des services devant être financés. Je pense qu'il faut le faire à un moment donné. Je considère qu'il convient de verser des crédits aux provinces pour s'assurer que les services sont bien en place et non pas que l'on se contente de respecter les dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Si l'on continue à s'en rapporter uniquement à la Loi canadienne sur la santé, la situation va devenir de plus en plus floue avec le temps et l'on sera en plein brouillard.

Par conséquent, effectivement, au nom de la clarté, une fois que le gouvernement fédéral aura décidé de verser l'argent, il sera utile de ventiler les différents postes de crédits. Les choses seront plus claires pour la population canadienne, elle sera rassurée.

Le sénateur Callbeck: Dans certaines provinces, par exemple, les services des chiropracteurs sont couverts par l'assurance-santé, alors que dans d'autres ils ne le sont pas. Vous allez demander au gouvernement fédéral d'indiquer quels sont les services assurés et ceux qui ne le sont pas; c'est bien ça?

Le Dr King: Ce qu'il faut, à mon avis, c'est que le gouvernement fédéral, à la suite des délibérations de votre comité et de l'étude faite par la Commission Romanow, définisse lui-même un système qui serve de référence. Il faut effectivement qu'il propose les différents services devant être pris en charge. Ensuite, comme on le fait traditionnellement au Canada, si un délai de mise en application est fixé, il pourrait y avoir des modifications, mais à partir de quelque chose de plus concret, et l'on ne se contenterait pas de discuter d'argent, contrairement à ce qui semble être la règle aujourd'hui. Nous devons faire preuve d'un peu plus d'intelligence.

Medicare was set up following the Hall commission. Medicare is much broader today than it used to be, and so someone has got to say: "Well, we would remove the barrier between providers and indicate what the providers are rather than letting it all just develop in an ad hoc way." That is what I am saying.

Senator Callbeck: What about follow-up by the federal government as to how the provinces spend the money?

Dr. King: You cannot follow-up if you do not have a position to start with. I would leave that to people who know how to do these things. The Canada Health Act, with some modifications, not to destroy it, could deal with that. You would incorporate those kind of things through the act, would be my feeling.

What are they? I do not know at this point just what they would be, but people with much more expertise can find a way, if they know what it is they are trying to defend.

Senator Callbeck: We had a witness in Halifax talk about the CHST, which is based, as you know, on a per capita formula. His suggestion was that that should be changed, that rather than us looking at how many people live in a province, we should be looking at the need, for example, how many senior citizens live in the province.

Dr. King: I certainly support your discussions on population health. This is part of my simplistic terms of problem solving. I think you have to look at demographics trends. People are changing places in Canada. It is traditional, for economic reasons.

If you have a national system, funding needs to follow on considered demographics, again, by appropriate formula, which is beyond me as to how you would do it. It needs to take into consideration what it is you have that you are trying to provide care for.

Senator Cook: In your brief, Dr. King, you talk about non-hospital services. Would you share with me what some of those services are, and how do you see the co-payment for those services being implemented?

Dr. King: Non-hospital services involve at this point a larger and larger part of what we do. It involves a lot of physician services. It involves ambulance services, which I think most areas are considering is part of the continuum of acute care. It involves pharmaceutical support for keeping people in their home. It involves nursing services. Actually, in New Brunswick, it involves occupational therapy support and physiotherapy support, and that can be enhanced for a variety of services that I mentioned in my document, dietetics. It is dependent on, of course, the human resource potential. While I say we have physiotherapists in the Extra-Mural Program, we do not have enough, but we do have

L'assurance-santé a été établie à la suite des travaux de la Commission Hall. Sa portée est plus large aujourd'hui qu'elle ne l'était à l'époque et il faut donc que quelqu'un intervienne pour dire: «Bon, il nous faut supprimer les cloisonnements entre les différents fournisseurs et bien préciser qui sont ces fournisseurs plutôt que de nous développer au petit bonheur.» Voilà ma position.

Le sénateur Callbeck: Quel est le suivi que doit effectuer le gouvernement fédéral pour savoir comment les provinces dépensent l'argent versé?

Le Dr King: On ne peut pas faire de suivi si on n'a pas adopté une position de départ. Je le dis à l'intention des responsables qui savent ce qu'il faut faire en la matière. La Loi canadienne sur la santé, avec quelques modifications, sans que l'on ait à la démembrer, peut s'adapter à cette situation. J'ai l'impression que vous pourriez incorporer ces dispositions à la Loi.

Quelles sont-elles? Je ne sais pas pour l'instant en quoi elles pourraient consister, mais des gens plus compétents que moi peuvent trouver les moyens d'y parvenir, à partir du moment où ils savent ce qu'ils cherchent à défendre.

Le sénateur Callbeck: Un des témoins que nous avons entendus à Halifax nous a parlé du TCSPS qui, comme vous le savez, est une formule calculée par tête. Il nous a proposé de modifier cette formule et de tenir compte des besoins: par exemple, du nombre de personnes âgées qui vivent dans une province donnée, plutôt que de faire le calcul en fonction de la population de cette province.

Le Dr King: Je suis éminemment favorable à vos discussions sur la santé de la population. Cela fait partie de mes réponses simples aux problèmes qui se posent. Je crois qu'il vous faut considérer les tendances démographiques. Les gens changent de domicile au Canada. C'est traditionnel, pour des raisons économiques.

À partir du moment où on a un réseau national, il faut que les crédits tiennent compte de la démographie, là encore en adoptant une formule appropriée, dont la mise en place dépasse mes compétences. Il nous faut tenir compte des besoins effectifs lorsqu'on s'efforce d'y remédier.

Le sénateur Cook: Vous nous parlez dans votre mémoire, docteur King, des services autres que les services hospitaliers. Pourriez-vous m'indiquer en quoi consistent ces services et de quelle façon, selon vous, on pourrait instituer des frais modérateurs pour les détrayer?

Le Dr King: Les services autres que les services hospitaliers sont désormais de plus en plus nombreux. Il y a parmi eux un grand nombre de services dispensés par les médecins. Il y a les services ambulanciers qui, je pense, sont considérés dans la plupart des régions comme faisant partie de l'ensemble des soins intensifs. Il y a les services pharmaceutiques qui aident les gens à rester dans leurs foyers. Il y a les services d'infirmerie. En fait, cela englobe au Nouveau-Brunswick l'ergothérapie et la physiothérapie servant de soutien, et cela peut s'appliquer encore à un grand nombre de services que j'ai mentionnés dans mon rapport, la diététique, par exemple. Tout dépend, bien entendu, du potentiel

them. Those are some of the services that are health care services. It also involves some palliative care services.

Senator Cook: How would you implement the co-payment?

Dr. King: It would depend on where you draw the envelope for the services that would be under the Canada Health Act. You can have everyone covered by indicating that certain people with lack of financial resources to be determined would be covered because they need to be covered. As we do with other things, there would probably need to be some kind of financial accountability of your ability to pay. I think you have to do that if you bring in a co-pay, for instance.

As you have indicated in your document, you can do it as co-pay, you can do it through the income tax system, which I think is very complicated and I tend not to support, or you can do it through user fees. I tend to support either a co-pay or a premium for those parts of the health care system that are not directly at this point covered under the Canada Health Act.

The implementation of this and how you do it, I think, is an administrative thing. I think we first have to decide what will be considered to be the part of the publicly funded system that we would support.

Senator Callbeck: Non-hospital services could also fall into the category of off-site from the primary building, if you were, when you talk about physiotherapy and occupational therapy, and those kinds of things. They could be as a result of one piece of the program being done in primary care, and then moving to a home situation.

That is why I asked you to help me with a definition of non-hospital services.

Dr. King: A lot of those things are part of the continuum of care and are being done more in the home now, with support from nurses and others, to make up for the fact that hospital beds have been decreased and not everyone has to be in a hospital bed. It is part of that changeover that occurred, in particular during the 1990s.

Income support issues associated with staying in the home when you have a disability need to be taken out of the health care sphere and incorporated into income support departments.

The Deputy Chairman: Dr. King, I would like to most sincerely thank you on behalf of the committee for appearing. You bring a unique perspective to the table because of your background as a family physician, and also working on the public policy side. I would sincerely like to thank you for appearing.

de ressources humaines. Lorsque je dis que nous avons des physiothérapeutes dans notre programme Extra-muros, nous n'en avons pas assez, mais nous en avons. Ce sont là les services qui relèvent de la santé. Il y a aussi certains services de soins palliatifs.

Le sénateur Cook: Comment mettriez-vous en application la coassurance?

Le Dr King: Tout dépend de l'enveloppe des services relevant de la Loi canadienne sur la santé. On peut faire en sorte que tout le monde soit assuré en précisant que certaines personnes, dont les ressources financières n'atteignent pas un certain seuil, seront quand même assurées parce que c'est nécessaire. Comme pour tout le reste, chacun devra probablement rendre compte de sa capacité financière à payer. Je pense qu'il faudra procéder ainsi si l'on veut introduire, par exemple, une coassurance.

Comme vous l'avez indiqué dans votre document, on peut procéder par la voie de la coassurance, de l'impôt sur le revenu, ce qui est une mesure qui me paraît très complexe et à laquelle je ne suis pas très favorable, ou encore en faisant payer des frais par les usagers. Je ne suis pas très en faveur d'une coassurance ou du paiement d'une prime pour les services du réseau de soins de santé qui ne sont pas directement couverts à l'heure actuelle par la Loi canadienne sur la santé.

La mise en place de ces mesures et la façon d'y parvenir sont, à mon avis, des questions administratives. Je crois qu'il nous faut d'abord considérer ce qui fera partie du réseau financé par des fonds publics, que nous allons subventionner.

Le sénateur Callbeck: Les services autres que les services hospitaliers peuvent aussi relever de la catégorie des services dispensés en dehors des murs du bâtiment principal, si vous voulez, lorsqu'on parle de physiothérapie, d'ergothérapie ou autre. Une première partie du programme pourrait se dérouler sous la forme de soins intensifs, et l'on passerait alors à des soins à domicile.

C'est pourquoi je vous ai demandé de m'aider à définir les services autres que les services hospitaliers.

Le Dr King: Il y bien des services qui font partie de l'ensemble des soins de santé et qui sont dispensés davantage à domicile à l'heure actuelle, avec l'appui des infirmières et d'autres intervenants, afin de compenser la diminution du nombre de lits d'hôpitaux et le fait que tout le monde ne peut pas occuper un lit à l'hôpital. Cela fait partie de l'évolution qui a eu lieu, notamment au cours des années 1990.

Les questions liées au soutien des revenus des personnes qui restent à domicile lorsqu'elles sont handicapées ne doivent plus relever des compétences de la santé et doivent être placées sous la responsabilité des ministères chargés des questions de revenu.

La vice-présidente: Docteur King, je vous remercie très sincèrement au nom du comité d'être venu comparaître. Vous nous avez donné un point de vue tout à fait original étant donné que vous avez une formation de médecin généraliste et que vous avez par ailleurs occupé des fonctions publiques. Je vous remercie sincèrement d'être venu.

Colleagues, we will now call our next set of witnesses to the table. I would like to welcome Bryan Ferguson, Daniel Theriault and William Morrissey.

I will start with you, Mr. Ferguson.

Mr. Bryan Ferguson, Partner, Applied Management: I am a principal in the firm of Applied Management, which has been working extensively in the field of drug insurance in both the public and private sector in recent years. Our firm, and I in particular, led a study for Health Canada called "Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines." This is, I believe, the most comprehensive study of the situation in Canada.

Just for some background, that study was commissioned by Health Canada to provide a common base of data to facilitate exactly the kind of discussion on a national drug policy that the Senate is engaged in today. The Senate has used some data from the study in the report and made some other observations. I feel that the interpretation is perhaps perpetuating some myths that are not supported by the data, and I wanted to take advantage of the opportunity today to try to clear up some of those. I know that the time is limited, and so I have chosen to focus on three things and make myself available, obviously, for questions if there are any.

The three things that I wanted to focus on in my presentation are dispelling some myths about drug coverage in general; talking about some of the issues with regard to public drug plans, and finally, to give you my views on the options that you have put forward in your discussion paper.

If I can start with drug coverage in general, the first thing that I would like to address is what I call the myth of the 3 per cent. The Senate has used the number of 97 per cent as the proportion of Canadians with some form of drug insurance. In the very strictest sense this is true, as it is only in Atlantic Canada that there are individuals who are uninsured at some point for drug coverage.

It is important to keep in mind that unless you are a senior or receiving social assistance, drug expenses would have to be very high to elicit reimbursement from government. In B.C., for example, only about 5 per cent of the residents outside of the above categories, i.e. the universal program, would receive any reimbursement from government, even though everyone in the province is covered.

Most important, the 3 per cent masks an important gap in coverage in Canada, and that gap is the working poor. Close to 20 per cent of those who meet Statistics Canada's definition of "poor" would pay 3.5 per cent or more of their income for fairly routine drug costs, and much more if their drug needs are higher. Income tax credits for these individuals do not help much. If I am

Chers collègues, nous allons maintenant faire venir à la table le groupe de témoins suivant. Nous souhaitons la bienvenue à Bryan Ferguson, Daniel Theriault et William Morrissey.

Nous allons commencer par M. Ferguson.

M. Bryan Ferguson, associé, Applied Management: Je suis l'un des principaux associés de l'entreprise Applied Management, qui a fait beaucoup de travail ces dernières années dans le domaine de l'assurance du secteur public et du secteur privé. Notre entreprise a dirigé pour le compte de Santé Canada une étude sur l'accès des Canadiens à l'assurance des médicaments prescrits, à laquelle j'ai personnellement participé. Je crois que c'est l'étude la plus complète qui n'ait jamais été faite de la situation canadienne.

Pour votre information, je vous signale que cette étude avait été commandée par Santé Canada de façon à ce que l'on puisse disposer d'une base de données commune devant justement permettre d'engager le genre de discussion qui a lieu en ce moment au Sénat au sujet d'une politique nationale des médicaments. Le Sénat a utilisé dans son rapport un certain nombre de statistiques tirées de cette étude et il a fait par ailleurs un certain nombre d'autres observations. J'ai l'impression que cette interprétation perpétue éventuellement certains mythes qui ne sont pas corroborés par les statistiques et je vais saisir l'occasion qui m'est donnée ici de remettre un certain nombre de choses au point. Je sais que mon temps est limité, et j'ai donc choisi par conséquent de m'en tenir à trois domaines tout en me préparant évidemment à répondre aux questions qui me seront éventuellement posées.

Les trois points sur lesquels je veux axer mon exposé sont la nécessité d'écarter certains mythes au sujet de l'assurance-médicaments en général; l'évocation de certaines questions touchant les régimes publics d'assurance-médicaments; enfin, mon analyse des différentes options que vous avez présentées dans votre document de discussion.

Au sujet de l'assurance-médicaments en général, le premier mythe auquel je tiens à m'attaquer est celui de ce que j'appellerai les 3 p. 100. Le Sénat tient pour acquis que 97 p. 100 des Canadiens bénéficient d'une forme quelconque d'assurance-médicaments. Au sens le plus strict du terme, c'est vrai, étant donné que ce n'est que dans la région des Maritimes qu'il y a des gens qui pour l'instant n'ont aucune assurance-médicaments.

Il faut cependant bien voir qu'à moins d'être une personne âgée ou de bénéficier de l'assistance sociale, il faut que les frais de médicaments soient très élevés pour que les gouvernements se mettent à les rembourser. En Colombie-Britannique, par exemple, seulement 5 p. 100 des résidents qui n'appartiennent pas aux catégories ci-dessus, soit ceux qui relèvent du programme universel, toucheront un remboursement quelconque du gouvernement, même si tous les habitants de la province sont assurés.

Surtout, ces 3 p. 100 masquent une faille importante de la couverture d'assurance au Canada, qui concerne les travailleurs pauvres. Près de 20 p. 100 des personnes qui répondent à la définition de «pauvres» donnée par Statistique Canada consacrent 3.5 p. 100 et plus de leurs revenus au paiement de médicaments assez courants, et encore bien davantage si leurs besoins en

facing a \$100 drug bill this month, it is of very little comfort to know that I will get it back at tax time next year.

The message that I would like to impress on the committee is that high drug expense is a relative term, and the number of Canadians facing these high expenses is more than the 3 per cent number would indicate. By my estimate, and the estimate of the team that worked on the project for Health Canada, the percentage of individuals who are underinsured or uninsured, using a combined measure of cost relative to income, is probably closer to 10 per cent. These individuals are found across Canada, and not just in the Atlantic region.

One related issue is the fact that there are a small but increasing number of private plans that are moving to limit coverage by imposing lifetime annual maximums or, in some cases, delisting expensive drugs. There are not very many, but it appears to be a trend that is starting to grow, and as we track this with private employers, we see more of these types of plans emerging.

As well, where plans do not have out-of-pocket limits, even those with good coverage may face high drug costs. For example, if you have a plan with a 20 per cent co-pay, for most circumstances this is a very adequate plan. It would be typical of many of the plans in Canada, but 20 per cent of a big number is still a big number, and I think the example in your report of the individual facing those kinds of costs was in exactly this sort of situation.

These developments fly in the face of the principles of insurance. I believe we need a fundamental rethinking of private plan design and, in some cases, public plan design as well to avoid situations in the future where it is the individuals who need help the most that get penalized.

I agree that the priority for improvement in drug plans is to ensure that there is some form of coverage to protect individuals against high drug expense, whether it is the result of individuals with good plans who have extremely high expenses or poor individual who just need basic drugs.

Some of the other myths that I was disappointed to see in the report include the following: Myth number two is that the uninsured are mostly poor. The uninsured are almost equally divided between low income and high income individuals. Many higher income individuals, such as professionals and small

médicaments sont plus pressants. Les crédits d'impôt sur le revenu mis à la disposition de ces personnes ne les aident pas beaucoup. S'il me faut payer une facture de médicaments de 100 \$ ce mois-ci, c'est une bien piètre consolation que de savoir que je serai remboursé lorsque je ferai ma déclaration d'impôt l'année prochaine.

Ce que je veux faire comprendre à votre comité, c'est que le coût élevé des médicaments est une grandeur relative et que le nombre de Canadiens aux prises avec des frais élevés est bien plus grand que ce chiffre de 3 p. 100 ne semble l'indiquer. Selon mes estimations, et celles de l'équipe qui s'est chargée du projet pour le compte de Santé Canada, le pourcentage de personnes sous-assurées ou sans assurance, lorsqu'on rapproche le coût des revenus, est probablement plus proche de 10 p. 100. Ces personnes se trouvent dans tout le Canada et non pas simplement dans la région des Maritimes.

Il y a un problème connexe en ce sens qu'il existe un petit nombre, qui augmente cependant, de régimes privés qui se mettent à limiter les taux de couverture en imposant des maximums annuels ou à vie ou encore, dans certains cas, en retirant de la liste les médicaments qui coûtent chers. Ils ne sont pas très nombreux, mais il semble que la tendance s'accroisse et, en nous renseignant auprès des employeurs du secteur privé, nous constatons que ce type de régime fait de plus en plus son apparition.

Par ailleurs, même lorsqu'il s'agit d'un bon régime qui ne fixe pas des seuils à partir desquels il faut payer de sa poche, les bénéficiaires n'en font pas moins face éventuellement à des frais de médicaments élevés. Ainsi, un régime qui prévoit le paiement de frais modérateurs de 20 p. 100 est un régime très correct dans la plupart des cas. C'est représentatif de ce qui se fait dans nombre de régimes au Canada, mais 20 p. 100 d'une grosse somme, ça reste une grosse somme, et je pense que l'exemple que vous avez donné dans votre rapport de la personne devant faire face à des frais de ce type représente exactement ce genre de situation.

Cette évolution est tout à fait contraire aux principes de l'assurance. Je considère que nous devons revoir complètement la conception des régimes privés et, dans certains cas, celle des régimes publics, de façon à éviter ce genre de situation à l'avenir où les personnes qui ont le plus besoin d'aide sont les plus pénalisées.

Je suis d'accord pour dire que la priorité, si l'on veut améliorer les régimes d'assurance-médicaments, c'est de faire en sorte qu'il y ait une certaine couverture d'assurance évitant que certaines personnes ne défraient des médicaments élevés, qu'il s'agisse de personnes bénéficiant de bons régimes d'assurance qui ont des frais extrêmement élevés ou de personnes pauvres qui ont tout simplement besoin de s'acheter des médicaments de base.

Il y a d'autres mythes que j'ai été déçu de trouver dans le rapport: le deuxième mythe, c'est que les personnes sans assurance sont avant tous des pauvres. Les personnes sans assurance se répartissent presque également entre les personnes à faible et à haut revenu. De nombreuses personnes ayant de hauts

business owners, choose not to buy insurance, or the cost of individual insurance is very high and so they take their chances.

Myth number three is that the uninsured are primarily working age individuals. The uninsured are not only working age people, they cut across all age groups and include children as well as adults and seniors.

Myth number four: Very few private plans cap the exposure of individuals. It is not a small minority of private plans that cap the financial exposure: the Health Canada study found that the proportion with out-of-pocket limits is closer to 50 per cent. All of the plans in Quebec, for example, must have a \$750 maximum limit, 13 per cent of employees pay no deductibles or co-payments, 15 per cent pay a deductible but no co-payment, and in B.C., Saskatchewan and Manitoba, once the employee has met the government's deductible, the government takes over. Therefore most private plans do provide good protection against high costs. The exception would be, as I said, those that are moving to start to implement annual and lifetime maximums, and in some cases, plans that have co-payments but with no limits.

Myth number five is that Atlantic Canadians have poor private coverage. Private plan coverage is actually more common in Atlantic Canada, not less. If we accept the CLHIA figure of 57 per cent as the percentage of Canadians who have private coverage, the corresponding numbers for Canada are Newfoundland, 64 per cent; Prince Edward Island, 67 per cent; Nova Scotia, 65 per cent, and New Brunswick, 65 per cent. When you realize that the level of public coverage in this region is so low, it is natural to expect Atlantic Canadians to protect themselves with private coverage.

Finally, I have a concern about your emphasis on the impact of sales and premium taxes on private plans. All employer contributions to the drug plan represent, in effect, a tax-exempt salary payment, whereas an uninsured individual must pay for his or her drugs out of after-tax dollars. Thus the greater the employer contribution, the greater the income tax benefit to the individual. Even after paying sales taxes or premium taxes, this still represents a good deal for the employee and the employer, so I cannot foresee the removal of taxes as encouraging more participation in private plans. I think the federal dollars would be better spent in addressing the gaps in coverage, as I will explain later.

Turning to public drug plans, there is a tendency to focus on variability in out-of-pocket costs to beneficiaries in these plans. It is true that a senior in the Yukon, for example, would pay nothing for drugs, whereas the same senior in Newfoundland could pay

revenus, les professionnels et les propriétaires de petites entreprises, choisissent de ne pas s'assurer, le coût de l'assurance individuelle étant très élevé, ils tentent leur chance.

Le troisième mythe, c'est que les personnes non assurées sont avant tout en âge de travailler. Ce ne sont pas seulement des personnes en âge de travailler, elles appartiennent à toutes les catégories d'âge et l'on y trouve aussi bien des enfants que des adultes ou des personnes âgées.

Quatrième mythe: Très peu de régimes privés plafonnent le montant devant être payé par les particuliers. Ce n'est pas seulement une petite minorité de régimes privés qui plafonnent ce montant: l'étude de Santé Canada a révélé que le pourcentage de régimes limitant les frais payés personnellement par l'assuré est proche de 50 p. 100. Tous les régimes du Québec, par exemple, doivent comporter un plafond de 750 \$, 13 p. 100 des employés ne payent aucune franchise et aucune coassurance, 15 p. 100 payent une franchise mais pas de coassurance et, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba, une fois que l'employé a atteint la franchise prévue par le gouvernement, celui-ci prend la relève. Par conséquent, la plupart des régimes privés offrent effectivement une bonne protection contre le paiement de frais élevés. L'exception, je l'ai dit, ce sont ceux qui ont entrepris d'imposer un maximum annuel ou à vie et, dans certains cas, les régimes qui prévoient une coassurance sans aucune limite.

Le cinquième mythe veut que les Canadiens des Maritimes soient mal couverts par les régimes privés. Au contraire, l'assurance auprès de régimes privés est en fait plus courante dans les Maritimes. Si l'on retient les statistiques établies par l'ACCAP, qui fixent à 50 p. 100 le pourcentage de Canadiens ayant une assurance privée, les chiffres correspondants sont de 64 p. 100 pour Terre-Neuve, de 67 p. 100 pour l'Île-du-Prince-Édouard, de 65 p. 100 pour la Nouvelle-Écosse et de 65 p. 100 pour le Nouveau-Brunswick. Lorsqu'on sait à quel point la couverture d'assurance des régimes publics est faible dans cette région, il est normal de s'attendre à ce que les habitants des Maritimes se protègent avec des assurances privées.

Enfin, je suis préoccupé par votre insistance sur les effets, sur les régimes privés, des taxes s'appliquant aux ventes et aux primes d'assurance. Toutes les cotisations des employeurs au sein du régime d'assurance-médicaments représentent en fait un versement salarial exonéré d'impôt alors qu'un particulier non assuré doit payer ses médicaments avec de l'argent déjà imposé. Par conséquent, plus l'employeur verse de grosses cotisations, plus les particuliers en bénéficient sur le plan de l'impôt sur le revenu. Même après avoir payé des taxes sur les ventes ou sur les primes d'assurance, cela reste encore très avantageux pour l'employé comme pour l'employeur, de sorte que je ne vois pas pourquoi la suppression des taxes inciterait à participer encore davantage aux régimes privés. Je pense qu'il serait préférable que l'argent du gouvernement fédéral serve à combler les lacunes en matière d'assurance, comme je l'expliquerai plus tard.

Pour ce qui est des régimes d'assurance-médicaments publics, on a tendance à insister sur la diversité des frais payés personnellement par les bénéficiaires au sein de ces régimes. Il est vrai qu'une personne âgée résidant au Yukon, par exemple, aura

100 per cent of the cost himself or herself. Provinces have devised their regimes with different philosophical approaches to co-payments, deductibles and premiums, and I believe that finding any common program that will be acceptable to all will be a major challenge for policy makers.

There are two issues, however, where some federal intervention could make a big impact. One is portability. As it stands, anyone covered by a public plan loses coverage upon leaving a province, and must reapply and wait for three months for coverage in the new province. For those who are more familiar with the rules under medicare, for example, or hospital insurance, the provinces have arrangements to provide a continuity of coverage, and indeed it is one of the pillars of medicare.

The other issue is access to specific drugs. While the Senate speaks of "log rolling", the evidence to support such a practice is not strong. Any analysis of new drugs released in the last five years or so will show that provinces are very different in their rate of approval of a drug, and indeed on whether the drug is covered at all.

While a national formulary could help standardize the disparity, I suggest a better approach would be to operate as most private plans do and pay for any drug requiring a prescription with very limited exceptions, but the caveat that I would add is that we create a well-developed set of guidelines for use, based on evidence, which are communicated to all physicians and with penalties for inappropriate prescribing and inappropriate use. Would it not be a better use of resources to ensure appropriate use rather than denying access to needed therapies?

Finally, as we move toward models of integrated health care delivery, there needs to be better communication and sharing of information, and I think a few of the speakers this morning have spoken to the same issue between private and public sectors. If an expensive new drug will result in reduced hospital stays or lower physician visits, we would want employers to be motivated to pay for the drug, and this is less likely to happen as long as the cost stays with the employer and the benefit accrues to government.

Just a comment on the options. The first priority, in my view, is to provide coverage for those with high drug costs relative to income, and I suggest that option four would be the easiest and least disruptive way to accomplish this. Individuals could opt into the provincial plan if they had no coverage. This would provide them access to the drugs they need and would solve any issues of cash flow. They would have the drugs when they needed them, and not have to wait until tax time to recover the funds.

des médicaments gratuits, alors que cette même personne, à Terre-Neuve, devra en assumer l'intégralité du coût. Les provinces ont conçu leurs régimes en s'appuyant sur différents principes en matière de coassurances, de franchises et de primes, et je considère que l'un des grands défis que devront relever les décideurs sera d'élaborer un programme commun acceptable par tous.

Dans deux domaines, cependant, une intervention fédérale est susceptible de produire de gros résultats. Le premier est celui de la transférabilité. Dans la situation actuelle, toute personne couverte par un régime public perd son assurance lorsqu'elle quitte la province et doit refaire une demande et attendre trois mois avant d'être assurée dans sa nouvelle province de résidence. Pour ceux qui connaissent mieux les règles qui s'appliquent à l'assurance-santé, par exemple, ou à l'assurance hospitalière, les provinces ont passé des ententes garantissant la continuité de l'assurance, et c'est d'ailleurs l'un des piliers de l'assurance médicale.

L'autre question est celle de l'accès à des médicaments précis. Le Sénat parle du passage d'un médicament à l'autre, mais les preuves à l'appui d'une telle pratique ne sont pas très fortes. Toutes les analyses des nouveaux médicaments mis sur le marché au cours des cinq dernières années environ démontrent que les provinces n'ont pas du tout la même attitude lorsqu'il s'agit d'autoriser un nouveau médicament et, en fait, de l'assurer.

Un registre national pourrait contribuer à harmoniser les procédures, mais à mon avis il serait préférable d'agir comme le font la plupart des régimes privés et de rembourser tous les médicaments exigeant une prescription, à de très rares exceptions près. J'ajouterai cependant une réserve en ce sens qu'il faudrait élaborer un ensemble de directives très précises concernant l'utilisation des médicaments en se fondant sur des preuves pertinentes qui seront communiquées à tous les médecins, des sanctions étant prévues en cas de prescription ou d'utilisation non appropriée. N'utiliserions-nous pas mieux nos ressources en garantissant un usage approprié plutôt que de refuser l'accès à des thérapies nécessaires?

Enfin, à mesure que nous mettrons en place des modèles intégrés de fourniture des soins de santé, nous aurons besoin d'une meilleure communication et d'échanges d'information, et je pense que très peu d'intervenants ce matin ont évoqué cette question entre le secteur privé et le secteur public. Si un nouveau médicament coûteux entraîne une diminution des séjours à l'hôpital ou un moins grand nombre de visites aux médecins, nous voulons que les employeurs soient incités à rembourser ce médicament, ce qui a moins de chance de se produire si le coût continue à être supporté par l'employeur et si c'est le gouvernement qui en bénéficie.

Je ferai rapidement un commentaire au sujet des options. La grande priorité, à mon avis, c'est d'offrir une assurance aux personnes qui ont des frais de médicaments élevés comparativement à leurs revenus et, à mon avis, la quatrième option serait la plus facile à mettre en oeuvre et bouleverserait moins nos habitudes. Les particuliers pourraient choisir de participer au régime provincial s'ils n'ont aucune assurance. Ils pourraient ainsi avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, ce qui résoudrait les problèmes éventuels de liquidités. Ils

Provinces would provide the individual with the equivalent of a T4 at the end of the year, and bill the federal government for the expenditure. The federal government could then claw back the amount of the T4 if the individual's income was over a predetermined amount, or if expenses were under a certain threshold, say 4 per cent of income. Higher income individuals with very high drug expenses relative to income would pay income tax on the amount over the threshold, but would still receive some relief from their very high drug costs.

A second approach, used in addition to the first, would be the public-private partnership option, and I stress that I see this as being a second approach and not one option versus another. Governments and employers together could create a pool to pay for defined high cost drugs. Employers would participate in the pool in proportion to their total plan enrolment, and this would provide employers with some reassurances that they will not be hit with unexpectedly high costs due to one or two or a small number of employees incurring some very high drug expenses, and this would be shared by the pool. I believe that options 1 and 2 would be unnecessary if the first two approaches were followed.

The only remaining financing issue is for individual who move from province to province. This is a gap that could readily be filled by a federal contribution to finance the bridging coverage for use in the participation in other parts of the program as a basis for requiring provinces to provide the bridging program. However, if, as we suspect is occurring now, individuals are stockpiling in anticipation of the move, provinces could probably formalize their rules with very little financial impact.

I will be very happy to answer any questions as they come up.

The Deputy Chairman: I will now turn to Daniel Theriault, the Director General of the Society of Acadiens of New Brunswick.

[Translation]

Mr. Daniel Thériault, Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick: Madam Chair, allow me to offer special greetings to Senator Viola Léger, a gifted figure of the Acadian arts scene. She is known both nationally and internationally and we are certain that her presence in the midst of your honorable assembly will contribute a particular and noteworthy approach and point of view. Senator Léger, let me congratulate you on your appointment. I have not had the pleasure of encountering you since.

pourraient se procurer des médicaments au moment où ils en ont besoin et ils n'auraient pas à attendre un retour d'impôt pour récupérer leur argent.

Les provinces pourraient remettre aux particuliers l'équivalent d'un T4 à la fin de l'année et facturer le gouvernement fédéral au titre des frais engagés. Le gouvernement fédéral pourrait alors exiger la rétrocession des sommes figurant sur le T4 si le revenu de la personne en question dépasse un certain montant ou si les dépenses se situent au-dessous d'un certain seuil, disons 4 p. 100 du revenu. Les contribuables à hauts revenus ayant des frais de médicaments très élevés en fonction de leur revenu paieraient de l'impôt sur le revenu au-dessus du seuil fixé mais bénéficieraient néanmoins d'un certain allègement de leurs factures élevées de médicaments.

Une deuxième solution, venant s'ajouter à la première, serait de recourir au partenariat entre le secteur public et le secteur privé, et j'insiste sur le fait que je vois là une solution complémentaire qui ne doit pas être retenue exclusivement par opposition à la première. Les gouvernements et les employeurs pourraient s'unir afin de créer une caisse chargée de rembourser des médicaments coûteux bien définis. Les employeurs participeraient à la caisse au prorata de leurs effectifs, et ils auraient ainsi, dans une certaine mesure, la garantie de ne pas avoir à encourir soudainement des frais élevés dus au fait qu'un ou deux employés, ou un petit nombre d'entre eux, doivent payer des médicaments particulièrement onéreux. Le coût en serait partagé par la caisse. Je pense que les options 1 et 2 seraient inutiles si l'on adoptait les deux démarches ci-dessus.

Le seul problème de financement qui continuerait à se poser serait celui des particuliers qui déménagent d'une province à l'autre. Il y a une lacune qui pourrait facilement être comblée par une participation fédérale au financement de l'assurance-relais devant être associée à d'autres secteurs du programme pour exiger que les provinces mettent en place un programme relais. Toutefois, si l'on s'aperçoit, comme on le soupçonne actuellement, que les particuliers font des stocks en prévision de leur déménagement, les provinces pourraient probablement officialiser leurs règles sans grandes incidences financières.

Je suis tout disposé à répondre aux questions que vous voudrez me poser.

La vice-présidente: Je vais maintenant donner la parole à Daniel Theriault, le directeur général de la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick.

[Français]

M. Daniel Thériault, Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick: Madame la présidente, vous me permettrez de saluer de façon particulière le sénateur Viola Léger qui, comme vous le savez, est une personnalité marquante de la scène artistique acadienne, elle est aussi connue sur la scène nationale et internationale. On est convaincu que sa présence et sa contribution au sein de votre vénérable assemblée vous offrira un point de vue original et des dimensions particulières. Félicitations, sénateur Léger, pour votre nomination. Je n'ai pas eu le plaisir de vous rencontrer depuis.

La Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick, the Society of Acadians of New Brunswick, wishes to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for organizing this public consultation on Canada's health care system. We are pleased to have this opportunity to add our comments to what has been and remains to be said.

The SAANB's 20,000 person membership ensures its presence throughout the province of New Brunswick. Since its foundation in 1973, the goal of our Society has always been to champion and maintain the rights and interests of the Acadian community of our province and to ensure its advancement. To speak of the Acadian community is, of course, to speak of the francophone community. For us, the two terms are synonymous.

The Acadian population of New Brunswick comprises approximately 240,000 people, and accounts for about a third of the total population of that province. I should say directly that we do not feel like a minority. We are simply one of the two official linguistic communities of New Brunswick.

French-speaking people are found throughout New Brunswick. The Acadian communities are more preponderant however in the northern part of the province and along the eastern seaboard.

Three years ago, the Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick decided to focus on health as a priority issue. Small wonder. The expectation that they might be able to obtain health care services in their own language remains, for the Acadian community, a matter of the greatest concern. Language is not for us an ancillary but a primordial issue with regard to health care delivery and even, I would say, with respect to the organization of the health care system in New Brunswick and, indeed, in the rest of Canada.

The commitment we have made in this most important matter reflects a feeling broadly shared by the whole Acadian population concerning the need to reconsider the issues of health and health care, and to make them one of the fundamental objectives of society.

Our appearance before you today shall focus on three points: an outline of our views on the main aspects of the draft legislation; the expectations and concerns of our members and of the whole of the Acadian population with respect to the present state of our health care system; and also our expectations concerning what the federal government should do in response to the particular needs of our community.

Our Society is presently involved in an extensive research and deliberation project, which is attempting to analyze the current state of health of the population and the changes that have occurred since we last examined the issue in 1985: a study of the health care system and the way it has evolved since 1985 and an analysis of the survey conducted by a public opinion firm on French-language health care delivery in New Brunswick.

This research initiative should allow us to compare the data compiled in the course of this study with the data derived from the 1985 study our society undertook under the conduct of Mr. Jean-Bernard Robichaud. This study not only revealed the

La Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick remercie le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour l'organisation de cette consultation sur le système des soins de santé au Canada, et se réjouit du même coup de pouvoir y faire entendre son point de vue.

Forte de ses 20 000 membres, la SAANB est présente dans toutes les régions de la province du Nouveau-Brunswick. Depuis sa fondation en 1973, son but demeure toujours la promotion et la défense des droits et des intérêts, de même que le développement optimal de la communauté acadienne de la province. Quand je dis «communauté acadienne», je dis aussi «communauté francophone», pour nous c'est un synonyme.

La population acadienne du Nouveau-Brunswick se chiffre à environ 240 000 habitants, soit le tiers de la population totale du Nouveau-Brunswick. Je dois ajouter qu'on ne se considère pas comme une minorité. Toutefois, on est une des deux communautés de langue officielle au Nouveau-Brunswick.

On dénote une présence francophone sur tout le territoire du Nouveau-Brunswick. Les communautés acadiennes sont présentes et majoritaires en plus grandes proportions dans le nord et le long de la côte est.

Depuis déjà trois ans, la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick a identifié la santé comme thème prioritaire. Et pour cause. Les soins de santé en français demeurent un domaine de préoccupation de première importance pour la communauté acadienne. Ainsi, la langue, loin d'être un aspect neutre, se veut un enjeu tout à fait primordial dans la livraison des soins de santé, et même dans l'organisation du système de soins de santé au Nouveau-Brunswick et au Canada.

Cet engagement dans un dossier aussi important que vaste reflète le sentiment de la population acadienne à l'effet que le sujet de la santé a présentement besoin d'être revisité comme objectif de société.

Notre comparution aujourd'hui à trois objectifs: vous présenter le projet dans ses grandes variables; vous faire part des attentes et des inquiétudes de nos membres et de la population acadienne en ce qui a trait aux soins de santé tels qu'ils existent aujourd'hui; et vous exprimer nos attentes quant à la position que prendra le gouvernement fédéral face aux besoins de notre communauté.

La SAANB est engagée dans un vaste projet de recherche et de réflexion qui comprend les volets suivants: une analyse de l'état de santé de la population et de son évolution depuis que nous avons mené, en 1985, une étude sur cette question; une analyse du système de soins de santé et son évolution depuis 1985, et l'étude d'un sondage mené par une firme d'experts sur les soins de santé en français au Nouveau-Brunswick.

Cette recherche permettra une comparaison de la totalité des données recueillies avec celles obtenues dans une étude semblable en 1985, que la SAANB a complétée sous la direction de M. Jean-Bernard Robichaud. Nous vous rappelons que cette

considerable disparities existing between northern and southern areas of the province, but also at the time enabled the Acadian community to promote the reorganization of the hospital system and the establishment of regional hospitals. Based on this study, we set up a program that allowed us to make up for some of the lost time. We hope, in the light of the current data, to obtain the resources we were granted at the time.

Our present research also has a proactive side to it. We wanted our ponderings to include also the active participation of the francophone community and in particular of staff representatives from hospital corporations, health care facilities, health care professionals and volunteers, community agencies as well as patients. We have already completed phase one of that initiative.

From the start, our intention was to achieve an analysis of the situation sufficiently comprehensive to enable us to embark upon several projects relating to the health of the population and the health care system, and to give expression to the voice of the francophone community in these matters. The preliminary results were provided by the regional forums that we organized throughout the province in the spring of 2000 before convening a provincial forum.

These consultations brought out a clear need for a very thoughtful reconsideration of the health care system. It is true that budgetary constraints have these last years brought about a drop in the quality of health care services delivered through the system, to the point where today we can say that health care is in serious jeopardy. All we have presently are the services provided by an inadequate number of nurses and doctors. The scarcity of resources is evidenced in a number of ways including professional exhaustion.

The forums also brought out the problems experienced by the francophone community in areas served by a bilingual or anglophone hospital corporation. It seems that the attempt to deliver services in the French language rarely goes deeper than the linguistic abilities of receptionists. I'm speaking here of course of areas that are either bilingual or mainly English-speaking. It is clear, however, that the way health care services are structured impact on their ability to serve the province's two linguistic communities.

Looking to the purposes of bill 88 and of the Official Languages Act, and considering the social and demographic importance of the francophone community in our province, we believe the time has come to develop, within the department of health and well-being, a space where francophones might take their own affairs in hand so as to plan and manage in the interest of the French-speaking community, the delivery of French-language health care services.

I know that here I am addressing the federal government whereas the recommendations we are putting forward are mostly intended for the provincial authorities. But since the first part of our brief describes the reasons underlying our needs and our expectations, we have included them in the text of our presentation.

étude, en plus d'avoir relevé d'importantes disparités entre les régions nord et sud de la province, avait permis à la communauté acadienne à l'époque d'influencer le remaniement du système hospitalier et la création des hôpitaux régionaux. Elle nous a aussi permis de mettre sur pied un programme de rattrapage qui a connu un certain succès. Nous comptons bien recevoir une contribution aussi importante aujourd'hui que celle que nous avons eue à l'époque.

Notre recherche actuelle a aussi un volet action. En effet, nous avons voulu que la réflexion comprenne la participation active de la communauté francophone, notamment des représentants de l'administration du personnel des corporations hospitalières, des institutions de soins, des professionnels, des bénévoles, des organismes communautaires et des usagers. Nous avons déjà complété une première étape de nos démarches.

Dès le départ, nous voulions faire une analyse suffisamment complète pour permettre d'entreprendre des projets concernant la santé de la population, le système de soins et la mise en forme de la voix des francophones dans le dossier santé. Les premiers résultats obtenus relèvent de forums régionaux que nous avons tenus à travers la province au printemps 2000, suivi d'un forum provincial.

Lors de ces consultations, il a été clairement établi que le système de soins de santé mérite actuellement une attention particulière. Cependant, les compressions budgétaires des dernières années ont contribué à la diminution de la qualité des soins au sein du système de sorte que, aujourd'hui, nous n'avons pratiquement pas de soins de santé. Nous n'avons que des soins dispensés aux malades par des médecins et des infirmiers en nombre insuffisant. La rareté des ressources se manifeste de multiples façons incluant l'épuisement professionnel.

Les forums ont également illustré les problèmes vécus par les francophones dans les régions desservies par une corporation hospitalière bilingue ou anglophone. Il semble que l'effort pour des services en français au niveau structurel dépasse rarement le service de réception. Je parle ici pour les régions à majorité anglophone ou bilingue. Cependant, nous savons que la structure des soins de santé est étroitement liée à leur capacité de servir les deux populations de la province.

En s'inspirant des intentions de la loi 88 et de la Loi sur les langues officielles, et vue l'importance de la communauté francophone au niveau socio-démographique de la province, nous croyons qu'il est devenu nécessaire de créer un espace au ministère de la Santé et du mieux-être où les francophones, à titre de gouvernants, pourront planifier et gérer les soins de santé en français pour les francophones.

Je sais que je m'adresse ici au gouvernement fédéral et que les recommandations que nous suggérons s'adressent surtout au gouvernement provincial. Cependant la première partie de notre présentation vous décrit les raisons de nos revendications et de nos besoins, et on l'a donc inclut dans le texte.

At the forums I spoke of a minute or two ago, many people deplored a dearth of information, as well as lifestyles detrimental to health.

We recommend that our governments apply, in concert with federal educational agencies, a strategy aimed at disseminating useful health information.

Our Society has organized for the French-language community of our province a round table in order to debate the health issues that seem most pertinent. This will allow the SAANB to draw upon the expertise needed to launch the initiatives we have planned in the field of community health.

The SAANB has also launched a project intended to articulate a comprehensive vision of what is required to ensure the proper delivery of health care to the province's francophone community. This vision focuses on the prevention of disease and the promotion of a healthier state of being. Our society's aim in this matter is to see to it that the equality of both linguistic communities is reflected, not only in public pronouncements but also in the very delivery of health care services.

Third, the SAANB is committed to a political strategy designed to ensure the development of a health care system by and for the French-speaking population. Experience has shown that to correct the type of problems we are experiencing, the francophone community must rely mostly on itself.

Fourth, the SAANB is exploring the various means of clarifying minority rights in regard to health care. Our position on this stems not only from the present difficulty in securing French-language health services, but also from a number of government decisions that have put the Acadian community in serious jeopardy.

We are referring here to the merging of the medical laboratories of French-language and English-language facilities in the Moncton area. We intended to clearly signify that the merging of these two facilities in the Moncton area was unacceptable.

We support a very broad definition of what health care should be, including in this concept an enhanced well-being, disease prevention and having people take a greater hand in ensuring for themselves a healthy state of being. Experience has shown that when the community gets a chance to take its own affairs in hand it can achieve results consonant both with its own needs and with practical realities. Let me cite as an example a program designed to improve the recruitment of French-speaking doctors in New Brunswick. The Acadian community got involved in a program called Acadie-Sherbrooke, bringing together French-speaking medical facilities and Quebec universities. This program has been a clear success as the 80 per cent rate of return of doctors to our province clearly shows. This is a higher proportion than in other programs. These results point out not only the need to provide French-language medical services but also the need to take things in hand and set up our own programs because that is the best way to get results.

Lors de ces forums beaucoup ont déploré le manque d'éducation, d'information et les mauvaises habitudes de vie qui nuisent au développement et au maintien d'un bon état de santé.

Nous recommandons à nos gouvernements la mise en place d'une stratégie de prévention axée sur l'information et les connaissances en matière de santé et ce avec la collaboration du ministère de l'Éducation fédéral.

La SAANB a mis sur pied une Table de concertation des intervenants francophones du Nouveau-Brunswick en matière de santé. C'est la structure où la SAANB puisera l'expertise pour ses actions dans le domaine de la santé.

La SAANB a également lancé un projet de formulation de la vision d'un système de santé pour les francophones de la province. Cette vision est axée sur le mieux-être et la prévention. La société va travailler pour que l'égalité des deux communautés se reflète dans les services de santé et non seulement dans les discours d'intention.

Troisièmement, la SAANB s'est engagée dans une stratégie politique pour assurer que la santé et qu'un système de soins de santé soient développés par et pour les francophones. Notre expérience a bien démontré que, pour corriger ce genre de problème, la communauté francophone a besoin de se prendre en main.

Quatrièmement, la SAANB explore toutes les avenues pour clarifier les droits de la minorité en matière de santé. Cette dernière position fait non seulement suite aux difficultés reliées aux services en français, mais évoque certaines décisions gouvernementales qui ont placé la communauté acadienne dans des situations de crise.

On fait référence à une fusion de laboratoires dans les institutions francophones et anglophones de la région de Moncton et derrière cela, il y avait une volonté d'affirmer clairement qu'on n'accepterait pas de fusion des deux institutions dans la région de Moncton.

Nous appuyons une définition large de ce que devraient être les soins de santé: celle-ci englobe le mieux-être, la prévention et la prise en charge par la population de sa propre santé. Comme les expériences du passé le prouvent, lorsque la communauté a la chance de se prendre en main, il est possible d'arriver aux résultats voulus selon ses besoins et ses réalités. À titre d'exemple, notons le programme de recrutement de médecins francophones au Nouveau-Brunswick. La communauté acadienne, s'étant organisée en conséquence, a su s'impliquer dans un programme appelé Acadie-Sherbrooke qui regroupe des institutions hospitalières francophones et les universités au Québec. On peut maintenant affirmer que les résultats sont concluants: les chiffres de 80 p. 100 du retour de médecins en province le démontrent avec éloquence. Ce pourcentage est supérieur à celui obtenu par d'autres programmes. Cet exemple démontre bien que non seulement il faut avoir des services en français, mais il faut être capable de s'organiser et mettre sur pied nos propres programmes car c'est là que le taux de réussite est le plus important.

Our position in favor of having the French-speaking population of New Brunswick assume responsibility for health care delivery is based both on considerations of language and on regional differences. The situation varies according to whether one lives in the south, which is mostly English-speaking, or in the north which is mostly French-speaking. There are considerable economic disparities between the two and, it is worth noting, the suicide rate is significantly higher in the north. Recent experience has shown that the best way to improve these problematic situations is for the Acadian community to develop its own structures. This seems preferable by far to simply having bilingual projects whenever justified by population ratios.

Let me recall, for the sake of example, how just recently the province set up a training program for suicide prevention counselors. The program was offered solely in English since, it was claimed, numbers did not justify offering it in both languages and that, in any case, the knowledge base came from Alberta.

Considering a phenomenon which, like suicide, has considerable cultural implications, and the fact that within our own community, as in other French-speaking communities such as Quebec, the suicide rate is very high, there is no doubt that if we had had the necessary resources to provide that type of training, it would have been made available in French.

Let me stress, in conclusion, that on the health issue we fully intend to work both with your committee and more broadly with the government but, also, that the Canadian health care system must take into account our nation's linguistic duality.

We believe that in New Brunswick a French-language health services network structured around a French-language tertiary institution and facilities serving the mostly French-speaking regions — including facilities in minority areas — would be a step in the right direction. The establishment of this kind of French-language network will improve health care delivery to the French-speaking community, and facilitate the recruitment of doctors in the various regions as it will enable them to network with other French-speaking teams of health care professionals in the province. This would also better satisfy constitutional requirements, and more specifically article 16.1 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, according to which, in New Brunswick, English and French do after all have equality of status.

In view of the conclusions outlined in the national report on French-language health care delivery, following the forum that took place in Moncton on November 3 — just recently — the SAANB urges the federal government to take up the issue and facilitate the establishment of a French-language network of health care services adapted to the needs of the French-speaking community of our province.

The report that came out of the forum organized by Health Canada's advisory committee of minority francophone communities recommends the adoption of a comprehensive strategy to improve access to French-language health services: the setting up of provincial and territorial networks as well as a national administrative office to strengthen links between the various communities, health care professionals, educational institutions, health care facilities and French-language professional associations, and recommends that the government support the

Une telle option, soit la prise en charge des soins de santé par la population francophone du Nouveau-Brunswick, se fonde sur le facteur linguistique et sur les variables régionales. Les données ne sont pas les mêmes selon que l'on habite dans le sud, qui est anglophone, ou dans le nord, qui est en majorité francophone. Notons, entre autres, la situation économique différente, ou encore le taux de suicide qui est largement au-dessus de la moyenne provinciale dans le nord. Les récentes expériences démontrent que c'est avec des structures propres à la collectivité acadienne que des situations problématiques de ce genre pourront être redressées, et non pas avec des projets bilingues seulement quand le nombre le justifie.

À titre d'exemple, récemment de la formation a été offerte par la province à des intervenants en prévention de suicide et cette formation a été offerte seulement en anglais parce qu'on a dit que le nombre n'était pas suffisant pour l'offrir en français et en anglais, et que l'expertise venait de l'Alberta.

Sachant qu'un sujet tel le suicide, qui a des dimensions culturelles très importantes, et le taux de suicide très élevé que nous partageons avec d'autres communautés francophones comme le Québec, on est sûr que si on a eu les moyens d'organiser ce type d'intervention, on aurait pu trouver la formation qu'il fallait en français.

En conclusion, nous voulons assurer votre comité et le gouvernement de notre collaboration dans le dossier de la santé. Il est essentiel que la dualité linguistique soit prise en compte dans le système des soins de santé canadien.

Au Nouveau-Brunswick, nous croyons également que la création d'un réseau de services de santé en français autour d'une institution tertiaire francophone et des institutions desservant des régions à majorité francophone — avec des structures pour les régions minoritaires — serait un pas dans la bonne direction. La création de ce réseau de service en français aurait l'avantage de mieux desservir les francophones, de faciliter l'envoi de médecins en région à cause de la possibilité de travailler en réseau avec d'autres équipes francophones de la province, et ainsi, de mieux répondre aux exigences constitutionnelles, plus précisément l'article 16.1 de la Charte canadienne des droits et libertés qui fait référence à l'existence au Nouveau-Brunswick de deux communautés de statut égal.

Conformément aux conclusions du rapport national sur la santé en français, issu du Forum tenu à Moncton, le 3 novembre dernier, — il y a quelques jours — la SAANB invite le gouvernement fédéral à se pencher sur la question de la prise en charge et du «réseautage» du système de soins de santé pour les communautés francophones.

Le rapport du Forum organisé par le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire de Santé Canada, recommande l'adoption d'une stratégie globale visant à améliorer l'accessibilité des services de santé en français: l'organisation de réseaux provinciaux et territoriaux, ainsi qu'un secrétariat national pour renforcer les liens entre les communautés, les professionnels de la santé, les institutions d'enseignement, les établissements de santé et les associations professionnelles de langue française, et recommande au gouvernement d'appuyer la

creation of a pan-Canadian consortium to train French-speaking health care professionals.

Considering its role in Canada's health care system, we feel it is time for the federal government to invest extensively in the health care system so as to foster the advancement not only of the French-speaking community of New Brunswick but of the Canadian population as a whole.

[English]

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Theriault.

I will now turn to Mr. William Morrissey, who is representing himself here as an individual, but will bring to the table his experience as a former Deputy Minister of Health in New Brunswick.

Mr. Morrissey, welcome to the committee.

Mr. William Morrissey, Former Deputy Minister of Health, Province of New Brunswick: Having read some of the material that you published, I am not sure I have anything new to offer, but I think there are a couple of points that should be reiterated, especially in view of the fact that Senator Robertson was Minister of Health in this province when the Extra-Mural Program was conceived and born. For fear that she might not like to blow her own horn, I thought that I would review for you how that concept came about, and that was in the late seventies, early eighties. I think those concepts are still valid today, and are worthy of being copied.

Despite the fact that, in the interim since 1980, there has been some erosion of the program, it is still a valuable service, and I propose to move very quickly through my comments. One of the reasons I would like to talk about this is I recently heard the Federal Minister of Health making this statement that we need to study home care as an alternative to acute care treatment, and my reaction to that is that there is no need to study; it has been put in practice in New Brunswick in the 1980s and 1990s.

How did the concept come about? It basically started with the fact that somewhere between 35 and 40 per cent of our acute care hospital days were being taken up by people with chronic conditions, and who were, for the most part, over 60. We set about to determine the significance of that, and it was determined that, if we continued on the same wave, by the middle of the nineties we would need almost 1,000 more acute care hospital beds than we had. Clearly we could not afford that, either in terms of capital cost or operating cost, so we set about to find a solution that did not include acute care hospitals.

I suppose what came out of that was that if we cannot use the acute care hospital, where then do we provide service? We took a look at the fact that people are either at home, in school, or at work, and we decided to try to move the service centre to the home, to begin with. Traditional home care programs have been

mise en place d'un consortium pan-canadien pour la formation de professionnels francophones de la santé.

Ainsi, tenant compte du rôle et de la place du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada, il nous apparaît tout à fait opportun que le gouvernement fédéral, pour l'épanouissement de la communauté francophone du Nouveau-Brunswick, investisse massivement dans le système de soins de santé. En fait, pour la population canadienne en générale.

[Traduction]

La vice-présidente: Merci, M. Theriault.

Je vais maintenant donner la parole à William Morrissey, qui est venu témoigner à titre personnel, mais qui va nous faire profiter de son expérience d'ancien sous-ministre de la Santé au Nouveau-Brunswick.

M. Morrissey, soyez le bienvenu au sein de notre comité.

M. William Morrissey, ancien sous-ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick: Après avoir lu les documents que vous avez publiés, je ne suis pas sûr d'avoir quelque chose de nouveau à offrir, mais je suis convaincu qu'il y a un ou deux points qui doivent être repris, notamment compte tenu du fait que le sénateur Robertson était ministre de la Santé de notre province lorsqu'on a conçu et mis en place le programme Extra-muros. De peur qu'elle hésite à faire sa propre publicité, j'ai pensé qu'il serait bon que je revois avec vous les principes qui ont présidé à la conception de ce programme, à la fin des années 70 et au début des années 80. Je pense que ces principes sont toujours valables aujourd'hui et qu'ils méritent d'être copiés.

En dépit du fait qu'au cours de la période qui s'est écoulée depuis 1980, ce programme a subi une certaine érosion, il reste d'une aide précieuse, et je me propose de le passer rapidement en revue. Si je tiens à parler de ce projet, c'est entre autres parce que j'ai récemment entendu le ministre fédéral de la Santé dire qu'il nous fallait étudier la question des soins à domicile, qui pourraient venir se substituer aux soins intensifs, et ma première réaction a été de dire qu'une telle étude n'était pas nécessaire, qu'elle avait été mise en pratique au Nouveau-Brunswick au cours des années 1980 et 1990.

D'où est sorti ce projet? Essentiellement du fait qu'à l'heure actuelle entre 35 et 40 p. 100 des lits d'hôpitaux dans les services de soins intensifs étaient occupés par des personnes souffrant de maladies chroniques et qui étaient, pour la plupart, âgées de plus de 60 ans. Nous avons cherché à tirer les enseignements de cette situation et nous avons conclu que si jamais on continuait au même rythme, vers le milieu des années 90 nous aurions besoin de près de 1 000 lits d'hôpitaux de plus que nous en avions dans les services de soins intensifs. Il est évident que nous ne pouvions pas nous le permettre, que ce soit au niveau des frais d'équipement ou des frais d'exploitation, de sorte que nous avons cherché une solution ne faisant pas appel à des lits d'hôpitaux affectés aux soins intensifs.

J'imagine que l'on s'est alors demandé où nous pouvions bien dispenser ce service si ce n'était pas aux soins intensifs dans les hôpitaux. Nous sommes partis du fait que les gens sont soit chez eux, à l'école ou au travail, et nous avons d'abord décidé d'aménager ce centre de service à la maison. Les programmes de

used, and still are in some instances, by acute care hospitals as a way of moving people out the back door after they have been subjected to the first four or five days, which are the highest cost days, of their hospital stay, and to move them into their home for three or four days early. What we did was we took the Extra-Mural route, and we said, "Let's reverse the traditional view of home care. Instead of using it to move people out of acute care hospitals, let's use it to prevent their entering the hospital in the first place." That, in many ways, surprised a lot of people.

Basically, we set up the hospital with a board of directors. We set up policies and procedures not unlike a traditional hospital, where physicians had to apply for privileges, and certain services were made available. The reason we put emphasis on the physicians was that this was an attempt on our part to give physicians, especially general practitioners, the ability to command resources in the community.

One of the problems that GPs run into all the time is that they can only command resources when they manage to get a patient into an institution. We said, "Very well, we will create a context in which you can create and command resources in your own time." Of course, the word "extramural" meant that you could command resources outside the walls of an acute care hospital.

What are the advantages of this? First of all, it is cheaper. Why is it cheaper? It is cheaper because you take out of the system the hotel cost. When you take a person into an acute care hospital, you have to house and feed them, which is basically not part of the health care cost. You have to maintain a very expensive physical plant, and if you have a third of it occupied by people who can receive service elsewhere, why not do it? It is flexible.

The Extra-Mural Program was influenced in the first five years more by the creativity of people who were involved in it than certainly anybody who was involved in the planning, because whatever service is needed can be provided. It is not programmed by some sort of constitution of an acute care facility.

The Deputy Chairman: Mr. Morrissey, pardon me for interrupting for a moment. How long will your presentation be? We would like to ask you some specific questions about this subject-matter.

Mr. Morrissey: I can finish any time.

The Deputy Chairman: If you could, that would be fine. Specifically, we were interested, because this is the only example in the country of a program such as this. If you were able to summarize what you are saying so that we can allow some time

soins à domicile traditionnels étaient utilisés par le passé, et le sont encore dans certains cas, par les hôpitaux chargés des soins intensifs pour faciliter la convalescence des malades une fois qu'ils ont passé quatre ou cinq jours, qui sont les plus coûteux, à l'hôpital, et afin qu'ils puissent rentrer chez eux trois ou quatre jours plus tôt. Nous avons donc choisi la voie des soins Extra-muros et nous nous sommes dit «Inversons la conception traditionnelle des soins à domicile. Plutôt que de leur demander de prendre en charge les malades après leur sortie de l'hôpital, servons-nous en pour éviter que ces malades n'entrent au départ à l'hôpital». À bien des égards, cette attitude a surpris bien du monde.

Essentiellement, nous avons mis sur pied un hôpital avec un conseil d'administration. Nous avons établi des politiques et des procédures s'apparentant à celles d'un hôpital traditionnel, les médecins devant demander à bénéficier de certains droits et certains services étant rendus disponibles. Si nous avons mis l'accent sur les médecins, c'est parce que nous avons cherché à donner aux médecins, notamment aux médecins généralistes, la possibilité d'aller chercher des ressources au sein de la collectivité.

L'une des difficultés que rencontrent constamment les médecins généralistes, c'est qu'ils ne peuvent obtenir des ressources qu'à partir du moment où ils réussissent à faire rentrer le malade au sein d'une institution. Nous leur avons dit: «Bien, nous allons vous doter d'un cadre d'intervention vous permettant de créer et d'organiser vous-mêmes vos ressources.» Bien évidemment, le terme «Extra-muros» signifiait que l'on pouvait aller chercher des ressources en dehors des murs de l'hôpital spécialisé dans les soins intensifs.

Quels sont les avantages de cette formule? Tout d'abord, elle est moins chère. Pourquoi est-elle moins chère? Elle est moins chère parce que vous enlevez les frais d'hôtel dans le séjour hospitalier. Lorsqu'on admet une personne dans les services de soins intensifs d'un hôpital, il faut la loger et la nourrir, ce qui ne fait pas essentiellement partie des coûts de la santé. Il vous faut entretenir une installation hospitalière très onéreuse et si un tiers de cette installation est occupée par des personnes qui pourraient être accueillies ailleurs, pourquoi ne pas le faire? On dispose d'une marge de manœuvre.

Au cours de ces cinq premières années d'application, le programme Extra-muros a davantage bénéficié de la créativité des personnes chargées d'en assurer le fonctionnement quotidien que de ses planificateurs, parce que tous les services qui s'avèrent nécessaires peuvent être fournis. Il n'est pas programmé par certains statuts s'appliquant à un établissement de soins intensifs.

La vice-présidente: M. Morrissey, excusez-moi de vous interrompre un instant. Combien de temps va durer votre exposé? Nous aimerions vous poser des questions précises au sujet de ce programme.

M. Morrissey: Je peux m'arrêter quand vous le voulez.

La vice-présidente: Si vous le pouviez, nous en serions très heureux. Nous nous intéressons précisément à la question parce que c'est le seul programme de ce type au pays. Si vous pouviez résumer votre intervention afin que nous puissions avoir du temps

for questions, that would be grand, because we are against the clock a little bit this morning.

Mr. Morrissey: Very well. I will not say any more about the Extra-Mural system.

I have one more point to make. Your terms of reference spend a lot of time talking about the federal role in the health care system, which is a bit of an oxymoron in that, constitutionally, health care belongs to the provinces, and presumably the federal government does not have a role. On the other hand, the federal government has the taxing power and so it comes into the system as the financier, but its role has never been defined. That role has bounced up and down since 1967.

I think that we need multi-year funding on the part of the federal government, and we need a definition of its degree of responsibility. In other words, will it provide 25 per cent, 30 per cent, 20 per cent? In 1967 it was 50 per cent, and that was the intention. It has now gone down to as low, I am told, as 11 per cent in some provinces, and I do not think you can ask people to run institutions if you make the federal involvement subject to yearly political decisions. That is what we have now. You can imagine the absolute chaos in the country if we had the same approach to OAS or GIS.

Senator Robertson: My observations are more general, shall we say. I think it would be important for this committee to really look at the Extra-Mural Program. It has not been looked at. I would submit that if this program had been identified and developed in Ontario, by now it would have spread all across the country, but when it comes from a small province, nobody pays a bit of attention to it. It is sort of fly-by-night thing in someone's mind. It has been in place for some time now, so my overview here is more of a speech than a question, shall we say, because I know the answers to any questions that I might ask of Mr. Morrissey on this subject-matter, and I would like to leave the question period, perhaps, to some of my colleagues who have specifics to ask of this witness.

The Extra-Mural Program is a process that has been around for a long time now, as you know. It is the most popular political program or government program with which I have ever been associated, in any department of government with which I have been involved. The people today still stop and say thank you, and as Viola knows, it is not hard to copy. We made it look easy. Forty per cent of our patients were coming directly from the doctor's office instead of going in, and we know that the money is spent when you go through that door. That is where the money is spent. You can go in and get some tests done, and then get the heck out, and we have a coordinated home care. You can come directly from your doctor's office and be facilitated into the care system.

pour les questions, ce serait magnifique, parce que nous sommes quelque peu en retard sur notre horaire ce matin.

M. Morrissey: Très bien. Je n'en dirai pas plus au sujet du programme Extra-muros.

J'ai une dernière chose à dire. En faisant état de votre mandat, vous avez exposé longuement le rôle joué par le gouvernement fédéral en matière de santé, ce qui est en quelque sorte une contradiction dans les termes puisque, sur le plan constitutionnel, le secteur de la santé relève des provinces et que le gouvernement fédéral n'est censé jouer aucun rôle. D'un autre côté, c'est le gouvernement fédéral qui possède le pouvoir d'imposition et il joue donc le rôle de financier au sein du réseau, son rôle n'ayant toutefois jamais été bien défini. Il a évolué à la hausse et à la baisse depuis 1967.

Je pense que nous avons besoin d'un financement fédéral sur un grand nombre d'années et qu'il nous faut définir jusqu'où vont ses responsabilités. Autrement dit, est-ce qu'il va fournir 25 p. 100, 30 p. 100, 20 p. 100 des crédits? En 1966, c'était 50 p. 100, c'est ainsi qu'avait été conçu le régime. On est même tombé à un certain point, me dit-on, à 11 p. 100 dans certaines provinces, et je ne pense pas que l'on puisse demander à des responsables d'administrer des institutions si la participation fédérale est soumise aux aléas des politiques annuelles. C'est ce qui se passe à l'heure actuelle. Vous pouvez imaginer le chaos dans notre pays si nous agissions de la même manière pour la sécurité de la vieillesse ou le SRG.

Le sénateur Robertson: Mes observations sont de nature plus générale, si vous voulez. Je pense qu'il serait important que notre comité se penche réellement sur le programme Extra-muros. On ne l'a pas examiné. Je considère que si ce programme avait été conçu et mis en place en Ontario, il se serait aujourd'hui étendu à tout le pays, mais comme il est originaire d'une petite province, personne n'y accorde la moindre attention. Ça ne fait qu'effleurer l'esprit des gens. Il est déjà en place depuis un certain temps et c'est pourquoi mon intervention ici est davantage un discours qu'une question, dirions-nous, parce que je connais les réponses à toutes les questions que je pourrais poser à M. Morrissey sur le sujet et que je veux laisser éventuellement le temps de poser des questions à mes collègues qui ont des choses précises à demander au témoin.

Le programme Extra-muros est une formule qui est déjà en place depuis longtemps, vous le savez. C'est le programme politique ou gouvernemental le plus populaire auquel j'ai jamais eu affaire, quel que soit le ministère ou le gouvernement auquel j'ai pu être associé. La population, aujourd'hui, continue à venir nous remercier mais, comme le sait bien Viola, il n'est pas difficile à reproduire. Nous avons rendu la tâche facile. Quarante pour cent de nos malades nous arrivent directement après avoir vu le médecin au lieu d'être hospitalisés, et nous savons combien d'argent est dépensé à partir du moment où on franchit cette porte. C'est à partir de là qu'on dépense beaucoup. On peut s'adresser à nos services, faire des tests, et repartir immédiatement. Nous avons des soins à domicile coordonnés. Les patients peuvent être envoyés directement par leur médecin et être pris en charge par le réseau de la santé.

Palliative care, what have you — it is all under one roof. There is no silo there. It is all under one roof, and it is a comforting program. Most people want to be in their own homes. Who wants to die in a cold room in a hospital where they do not know anyone, where all these strange people are coming in? It is cheaper to have the nurses, to have physiotherapists, to have the speech therapists, et cetera. We gave the management of the homemakers out to the Red Cross and they trained all of the homemakers. You just call the Red Cross and they come.

Now there is an unfortunate part — and perhaps Mr. Morrissey could answer this better than I, because I have been removed from the scene for a while. As you can tell, and I have never spoken about this matter before on this committee, but I think it is about time I did because I am hearing of a lot of garbage happening in a number of areas that could be easily resolved if the proper approach was used. I see people nodding their heads there, because we went through all that garbage before, with no success, but we got there with Extra-Mural. We started with one provincial board. It was set up separately and we included it in the New Brunswick Hospitals Act so that it would not be starved of funding.

In any event, Mr. Morrissey, would you tell what happened to the system, because you know better than I what has happened to it since I was there. It is in a weakened form now, but the original form was very strong.

Mr. Morrissey: Two things: It was set up province-wide. In other words, it was defined as a service to be provided at the same level all across the province. It was under one board, and the reason for that is we have economies of scale and we have consistency of service. It was also set up under one board specifically so that the acute care hospitals could not get their hands on it and start reversing the role back to the traditional way.

I will not go into who did this but since then, in the name of economics, the centralized board was abolished and the extramural hospital was divided into eight parts under the board of our eight regional acute care hospitals. While there is still a very valid concept of service there, it went totally against the original vision of the hospital. It is interesting to note that our Auditor General, a year after that was done, included in his report a note which said, "I could find no evidence that a cost-benefit analysis was done prior to this decision. I can find no evidence that there has been any savings of money, and I can find no evidence that there has been an increase in the quality of service." Those, of course, were the three reasons cited at the time for making those changes.

Les soins palliatifs, et bien d'autres choses encore — tout se passe sous un même toit. Il n'y a pas de cloisonnements ici. Tout est regroupé sous le même toit et c'est un programme qui assure le confort des patients. La plupart des gens veulent rester chez eux. Qui souhaite mourir dans une salle glacée d'un hôpital sans connaître personne, entouré d'étrangers? Il revient moins cher de faire en sorte que les infirmières, les physiothérapeutes, les orthophonistes, et cetera, se rendent sur place. Nous avons confié l'administration des aides-ménagères à la Croix-Rouge et c'est elle qui les a toutes formées. Nous n'avons qu'à appeler la Croix-Rouge et une aide-ménagère se présente.

Il y a eu cependant une évolution regrettable — et M. Morrissey pourra éventuellement mieux vous répondre que moi sur la question, parce que voilà déjà un moment que je ne suis pas la chose de prêt. Comme vous pouvez le voir, et je n'ai encore jamais évoqué la question devant votre comité, mais je pense qu'il est temps de le faire parce que j'entends parler dans un certain nombre de domaines d'un grand nombre de situations scandaleuses auxquelles on pourrait facilement remédier si l'on employait les bonnes méthodes. Je vois mes auditeurs opiner de la tête, car effectivement nous étions déjà passés par toutes ces difficultés auparavant, sans succès, mais nous les avons surmontés grâce au programme Extra-muros. Nous étions partis avec une seule commission provinciale. Elle avait été créée séparément et nous l'avions incorporée aux dispositions de la Loi sur les hôpitaux du Nouveau-Brunswick afin qu'elle ne manque pas de crédits.

Quoi qu'il en soit, M. Morrissey, pourriez-vous nous dire ce qu'il est advenu du système puisque vous êtes mieux placé que moi pour le faire. Il a été affaibli désormais, mais la formule originale était très solide.

M. Morrissey: Deux choses se sont passées: Le système avait été institué à l'échelle de la province. Autrement dit, on avait défini un service devant être dispensé dans les mêmes conditions dans toute la province. Il relevait d'une seule commission, et cela de manière à pouvoir réaliser des économies d'échelle et de garantir l'unité du service. On avait par ailleurs institué une seule commission précisément pour éviter que les hôpitaux de soins intensifs prennent le réseau en main et puissent revenir en arrière selon les modes de fonctionnement traditionnels.

Je ne dirai pas quels ont été les responsables mais, au nom des grands principes économiques, la commission centralisée a été abolie et l'hôpital Extra-muros subdivisé en huit sections relevant des commissions administrant nos huit hôpitaux de soins intensifs régionaux. Nous continuons, certes, à disposer d'un service très bien conçu, mais c'est tout à fait contraire au principe original. Il est intéressant de relever que notre vérificateur général, un an après la mise en place de ce nouveau système, a fait figurer dans son rapport une note indiquant: «Je n'ai pu trouver aucune preuve qu'une analyse coûts-bénéfices a été faite avant que cette décision soit prise. Je ne peux trouver aucune preuve que l'on ait réalisé des économies ou que l'on ait amélioré la qualité du service.» Il s'agissait, bien entendu, des trois raisons données à l'époque pour justifier ces changements.

The Deputy Chairman: Mr. Morrissey, has there ever been an attempt since to kind of unscramble the egg and put it all back together again?

Mr. Morrissey: Other than people such as myself haranguing the minister, no, I do not think so.

Senator Léger: I just want to make a comment that I hear wonderful things about that Extra-Mural Program. I do not know of its evolution, as you have just mentioned, but even as is, the people can get that service. I am not saying it should remain minor at all. It is greatly appreciated. That is all I wanted to say.

The Deputy Chairman: Actually, Senator Robertson and Mr. Morrissey, for the purposes of the committee, are there still extensive documents from when that system was set up and the process it went through, that could be retrieved and submitted to the committee?

Mr. Morrissey: Yes, in the legislative library.

The Deputy Chairman: Senator Robertson is being a little modest here. When the committee was getting into this whole home care area of study, it was amazing the number of times that Senator Robertson had to kind of stick up her hand and say, "But there is an example in the country." Even though she did not get into the speech she made today, she has, in her own way, made us very aware of this program in New Brunswick.

Senator Cook: Mr. Ferguson, in your brief you say:

More important, the 3 per cent masks an important gap in coverage. That gap is the working poor. Close to 20 per cent...

Our report says that some 3 per cent of the Canadian population appear to have no insurance coverage at all for prescription drugs. Are you suggesting the figure in that document should be 20 per cent rather than 3 per cent? I seek some clarity on the two pieces.

Mr. Ferguson: Yes. The document that the Senate has produced uses a 3 per cent number. As I have said, technically that is correct. If you are a resident of Ontario, every resident of Ontario has coverage from the Ontario Drug Plan, the Trillium Program, at some point, but that point is so high that, in fact, the number of people who actually receive the benefit from the program is very small, or they are people who have very specific conditions that the Trillium Program would apply to. Therefore while technically they are covered, the reality is that, particularly for people who have relatively modest drug needs but whose income is low, there is not a program for them. They never achieve a ceiling that would provide any sort of coverage to them.

La vice-présidente: M. Morrissey, a-t-on cherché depuis à revenir en arrière et à remettre toutes les choses en place?

M. Morrissey: À part des gens comme moi qui font le siège du Ministère, non, je ne crois pas.

Le sénateur Léger: Je ferai simplement observer que j'ai entendu dire beaucoup de bien du programme Extra-muros. Je ne suis pas au courant de l'évolution que vous venez d'évoquer, mais même dans son état actuel, la population peut profiter de ses services. Il n'est absolument pas question pour moi de dire qu'il ne doit pas prendre de l'ampleur. Il est grandement apprécié. C'est tout ce que j'avais à dire.

La vice-présidente: Finalement, sénateur Robertson et M. Morrissey, est-ce qu'il y a encore des dossiers faisant état de la mise en place et de l'évolution de ce système, que l'on pourrait aller chercher et remettre à l'intention de notre comité?

M. Morrissey: Oui, à la bibliothèque de l'Assemblée législative.

La vice-présidente: Le sénateur Robertson est trop modeste ici. Lorsque notre comité s'est penché sur toute question des soins à domicile, le sénateur Robertson est intervenue à maintes et maintes reprises pour nous dire: «Mais il en existe un exemple dans notre pays.» Même si elle ne s'est pas lancée dans le genre de discours qu'elle nous a fait aujourd'hui, elle nous a, à sa façon, fait prendre bien conscience de la réalité de ce programme au Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Cook: M. Ferguson, vous nous dites dans votre mémoire:

Surtout, ces 3 p. 100 masquent une faille importante de la couverture d'assurance au Canada, qui concerne les travailleurs pauvres. Près de 20 p. 100 [...]

Nous disons dans notre rapport que quelque 3 p. 100 de la population canadienne semble sembler n'avoir aucune couverture d'assurance s'appliquant à l'ensemble des médicaments prescrits. Est-ce que selon vous ce chiffre devrait être de 20 p. 100 et non pas de 3 p. 100? J'aimerais avoir quelques précisions concernant ces deux chiffres.

M. Ferguson: Effectivement, le document du Sénat retient le chiffre de 3 p. 100. Je vous l'ai dit, c'est théoriquement exact. Tous les résidents de l'Ontario, par exemple, sont couverts jusqu'à un certain point par le régime de l'assurance-médicaments de l'Ontario, le programme Trillium, mais le seuil est si élevé qu'en réalité, les gens qui bénéficient effectivement de ce programme sont très peu nombreux, ou alors ce sont des gens qui répondent à des conditions très précises qui s'appliquent au programme Trillium. Par conséquent, même si théoriquement ils sont couverts, en réalité, notamment, en ce qui concerne les gens qui ont de besoins de médicaments relativement modestes mais dont le revenu est faible, il n'y a aucun programme à leur intention. Ils n'atteignent jamais le seuil leur permettant d'être couverts par l'assurance.

The same is true of the provinces in the west. For example, in Saskatchewan and B.C. where we have coverage, we have extremely high deductibles. In Saskatchewan, you have a deductible of \$1,500 in the drug plan. Thus, while everyone in Saskatchewan is covered, the number of people in Saskatchewan who actually receive a benefit from the program is very small.

In fact, in the National Population Health Survey that took place three or four years ago, one of the questions that was asked was, "Do you have insurance, either from an employer or from a provincial drug program?" The response rate in Saskatchewan, if I am not mistaken, was about 65 per cent who said yes. According to the program in Saskatchewan, everybody is covered, but the reality is, from the perception of the individuals who receive no reimbursement because their drug needs do not hit the \$1,500 ceiling, they perceive themselves as being not covered. I think the use of the word "coverage" masks this issue, which is really people who are facing difficult financial circumstances because of their drug expenditures relative to income, and looking at it strictly from the perspective of whether they have insurance coverage or not is, in a way, a red herring, or takes us down a path that diverts the attention away from the real issue, which is the actual financial or out-of-pocket impact on those individuals.

Senator Cook: Do I understand, then, that for you, the word "coverage" needs to be identified more clearly in the report?

Mr. Ferguson: Absolutely.

Senator Cook: That it is, rather, 20 per cent, and the opening statement is adequate? It is inappropriate? The report says "Some 3 per cent of the Canadian population appear to have no insurance coverage at all." Would you advocate the 3 per cent staying in that sentence and a fleshing out, if you will, of the word "coverage"?

Mr. Ferguson: If I were writing the report, I would ignore the introduction about the 3 per cent altogether and try to tackle the problem from the perspective of individuals who are facing financial hardship because of their circumstances. I really believe this issue, and I know it is a number that the CLHA used. In fact, in our own report to Health Canada, we have used the number as well, and I think the table that is included in the Senate report has come out of the study that was done for Health Canada, also accompanied by about 200 pages of caveats and explanations and trying to put it in this context.

In fact, we looked at it from the perspective of individuals in two different situations: individuals with very high drug costs and individuals who are facing what would probably be average drug costs in Canada, and approximately 20 per cent of Canadians have no drug coverage. They would receive no reimbursement from government, from employers, or from any other source for those

Il en va de même pour les provinces de l'Ouest. Ainsi, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, qui ont une assurance, les franchises sont extrêmement élevées. En Saskatchewan, la franchise est de 1 500 \$ dans le cadre du régime d'assurance-médicaments. Donc, même si tout le monde est couvert par l'assurance en Saskatchewan, le nombre de gens qui reçoivent effectivement des prestations en Saskatchewan au titre de ce programme est très faible.

D'ailleurs, dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé de la population qui a été effectuée il y a trois ou quatre ans, l'une des questions posées était la suivante: «Avez-vous une assurance-médicaments de votre employeur ou de la province?» Si je ne me trompe, le taux de réponses positives a été de 65 p. 100 en Saskatchewan. Aux termes du programme institué en Saskatchewan, tout le monde est assuré, mais en réalité, selon la perception des personnes qui ne bénéficient d'aucun remboursement parce que leurs frais de médicaments n'atteignent pas le seuil de 1 500 \$, il n'y a pas d'assurance. Je pense que l'emploi de l'expression «couverture d'assurance» masque le problème, qui est en fait celui des personnes qui éprouvent des difficultés financières parce que leurs frais de médicaments sont élevés comparativement à leurs revenus. Lorsqu'on parle strictement en termes de couverture d'assurance, on se berce, en quelque sorte, d'illusions, et on évite de se pencher sur le vrai problème, qui est celui du coût financier effectif pour ces personnes, ou de l'argent qu'elles doivent sortir de leur poche.

Le sénateur Cook: Dois-je en déduire que, selon vous, l'expression «couverture d'assurance» doit être définie plus clairement dans le rapport?

M. Ferguson: Effectivement.

Le sénateur Cook: En l'occurrence, l'affirmation faite au départ serait juste, mais cela toucherait 20 p. 100 des personnes? Est-il justifié de s'exprimer ainsi? On nous dit dans le rapport: «Environ 3 p. 100 de la population canadienne semble n'avoir aucune couverture d'assurance.» Souhaitez-vous que l'on conserve ce chiffre de 3 p. 100 dans cette phrase et que l'on précise, si vous voulez, l'expression de «couverture d'assurance»?

M. Ferguson: Si je devais rédiger le rapport, je supprimerais carrément la mention des 3 p. 100 et j'essayerais d'aborder le problème sous l'angle des personnes qui éprouvent des difficultés financières en raison de la situation dans laquelle elles se trouvent. Cette question me tient vraiment à coeur et je sais que c'est un pourcentage que l'ACCAP a retenu. D'ailleurs, dans le rapport que nous avons nous-mêmes remis à Santé Canada, nous avons aussi retenu ce pourcentage et je pense que le tableau inséré dans le rapport du Sénat est tiré de l'étude effectuée pour le compte de Santé Canada, qui s'accompagnait par ailleurs de quelque 200 pages de réserves et d'explications s'efforçant de replacer la chose dans son contexte.

En fait, nous avons envisagé deux types de situation: celle des personnes ayant des frais de médicaments élevés et celle des personnes dont les frais de médicaments se situent probablement dans la moyenne canadienne. Dans ce deuxième cas, quelque 20 p. 100 des Canadiens n'ont absolument aucune couverture d'assurance pour leurs frais de médicaments. Ils ne touchent

drug costs. For someone who is facing \$50,000 worth of drug costs, there are probably only about 3 per cent of Canadians who would not get at least \$1 back on that \$50,000 from some level of government. We are talking about levels and we are talking about the impact of the high cost of medications versus the other situation, which is relatively low income people who just have high costs relative to their income.

Senator Cook: Then if you suggest dropping the 3 per cent in the document and the report, what happens to the 20 per cent in your brief, when you talk about the myths and realities?

Mr. Ferguson: I would lay out the situation by saying that in Canada today, approximately 20 per cent of people who have routine drug needs have no insurance and receive no reimbursement from any source. Then I would start from there, and I would describe who that 20 per cent are. About half of them are well off Canadians who choose not to purchase drug insurance. They feel that they would rather accept the risk of facing potential high drug costs as opposed to what it would cost them to buy insurance for themselves. In that category we would have professionals, small business owners and a variety of people like that.

The other half of the 20 per cent, if I can use that expression, are people who are the working poor, the low income Canadians who work in part-time, seasonal occupations, or who work for employers who do not provide any drug coverage. They are the ones, in my view, who should be the focus of attention and the focus of any sort of program that will try to address needs.

The Deputy Chairman: Did you have a supplementary question, Senator Robertson?

Senator Robertson: Yes, I have. I stopped my questioning because I thought the others might have questions for Mr. Morrissey.

These two witnesses that we have right now, Madame Chair, are presenting almost singular positions that we have not heard before, on Mr. Ferguson's concerns and his expertise, or Mr. Morrissey's concerns with the Extra-Mural hospital project. I think we can always go back to them to get additional information in the near future.

I did not quite understand; I am afraid it went over my head when you talked about the tax benefit of insurance programs, if I understood you correctly, paid for partially or fully by the employer, and then they got tax benefits at income tax time. What was that all about again? I did not understand that. I am not a tax person.

aucun remboursement du gouvernement, de leur employeur ou de toute autre source. Parmi les personnes qui ont 50 000 \$ de frais de médicaments par an, il n'y en a probablement que quelque 3 p. 100 au Canada qui ne vont pas toucher au moins 1 \$ de remboursement sur ces 50 000 \$, en provenance d'un palier quelconque du gouvernement. Il y a les niveaux de remboursement et il y a aussi les effets du coût élevé des médicaments dans l'autre type de situation, celle des personnes ayant des revenus relativement faibles, dont les frais de médicaments sont très élevés comparativement à leurs revenus.

Le sénateur Cook: Si vous proposez, par conséquent, d'abandonner ce chiffre de 3 p. 100 dans le document et dans le rapport, que va-t-on faire des 20 p. 100 qui figurent dans votre mémoire, lorsque vous nous parlez des mythes et des réalités?

M. Ferguson: Je rendrais compte de la situation en disant qu'au Canada, à l'heure actuelle, quelque 20 p. 100 des personnes qui achètent régulièrement des médicaments n'ont aucune assurance et ne perçoivent aucun remboursement de quelque source que ce soit. Je partirais de là et j'exposerais la situation de ces 20 p. 100. Près de la moitié d'entre eux sont des Canadiens aisés qui ont choisi de ne pas souscrire d'assurance-médicaments. Ils préfèrent risquer d'avoir à payer des frais de médicaments élevés plutôt que de défrayer le coût d'une assurance. On retrouve dans cette catégorie des professionnels, des propriétaires de petites entreprises et diverses personnes de ce type.

L'autre moitié de ces 20 p. 100, si vous me passez l'expression, sont des travailleurs pauvres, des Canadiens ayant de faibles revenus qui travaillent à temps partiel, qui ont un emploi saisonnier ou qui travaillent pour le compte d'employeurs ne fournissant aucune assurance-médicaments. Ce sont ceux-là qui, à mon avis, doivent faire l'objet de notre attention et auxquels on doit penser dans tout programme visant à répondre aux besoins de la population.

La vice-présidente: Avez-vous une question supplémentaire à poser, sénatrice Robertson?

Le sénateur Robertson: Oui, effectivement. J'ai arrêté de poser des questions parce que je pensais que d'autres intervenants voulaient interroger M. Morrissey.

Les deux témoins que nous avons devant nous aujourd'hui, madame la présidente, nous présentent des points de vue originaux que nous voyons exposer pour la première fois, qu'il s'agisse des préoccupations et de l'expérience de M. Ferguson ou des préoccupations de M. Morrissey au sujet du programme hospitalier Extra-muros. Je pense que nous pourrions toujours les contacter dans un avenir rapproché pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Je n'ai pas bien compris; j'ai bien peur d'avoir mal suivi votre raisonnement lorsque vous nous avez parlé des avantages fiscaux procurés par les programmes d'assurance, si je vous ai bien compris, payés en partie ou intégralement par l'employeur, ce qui entraîne des avantages fiscaux au moment de payer l'impôt. Pourriez-vous nous répéter la chose? Je n'ai pas compris votre argumentation. Je ne suis pas une spécialiste des questions fiscales.

Mr. Ferguson: Senator, we are mixing two concepts here. When I talk about tax benefits at tax time, I am really talking about those people who have drug expenditures that are high, and who would qualify for the health expenditure tax credit when they file their income tax returns, and would get a proportion of their expenditure back from the federal government because their health expenditures or drug expenditures were high.

The other point that I was trying to make is that for an employee who receives a drug benefit from an employer, the portion of the cost that is paid by the employer is not considered salary. It is a cost to the employer, but it is not a salary cost to the individual. Therefore, to the extent that the employer pays any share of the drug benefit cost, he is really providing a tax-free salary benefit to that employee. If I looked at another employee who was in the same industry, receiving the same salary but had no drug plan, then they have to purchase all of their drugs out of their after-tax dollars.

Senator Robertson: I think I understand it now.

I have one final question. You talked about portability, and we have a group here that will talk about portability this afternoon. Portability between provinces does not always work, as you know. What about the interpretation of the portability section of the Canada Health Act? One of the principles, when one is travelling — do you consider that the portability should still remain if one is travelling? From your study, what did you find there?

Mr. Ferguson: First of all, I think the most fundamental issue is that we do not have inter-provincial portability; in other words, we do not have inter-provincial portability, let alone portability when you are travelling outside the country. Unlike the situation with medicare where if you move from one province to another, the provinces have arrangements to ensure that there is no loss of benefits while you move, in the case of drug coverage, because they are not covered by the Canada Health Act, there is not any requirement for any sort of portability.

With respect to travelling outside of the country, there is no benefit coverage from your plan outside of the country. As you probably know, most people stock up as much as they can before they go. If their drug plan provides for a three-month supply, what they will do is try to get a three-month supply before they leave so that they at least have the main component of it covered. If you have the prescription filled outside of the province, your drug plan will not pay for it.

The Deputy Chairman: To say nothing of the information we got from some witnesses that some drugs are approved in some provinces and some are not. If you happen to move to a province

M. Ferguson: Sénateur, nous mélangeons deux notions ici. Lorsque je vous parle des prestations fiscales au moment de payer l'impôt, je me réfère en fait aux personnes qui ont des frais de médicaments élevés, qui peuvent prétendre à bénéficier d'un crédit d'impôt pour les frais de santé lorsqu'elles remplissent leur déclaration de revenu, et auxquelles le gouvernement va rembourser une partie de leurs frais de santé ou de médicaments parce qu'ils sont élevés.

L'autre argument que j'essayais de faire valoir se rapportait aux employés qui bénéficient d'une assurance-médicaments payée par l'employeur et dont la quote-part versée au sein de ce régime par l'employeur n'est pas considérée comme un salaire. C'est un coût pour l'employeur, mais ce n'est pas une charge salariale versée à l'employé. Par conséquent, dans la mesure où l'employeur paye sa part du coût de l'assurance-médicaments, il verse en fait une prestation salariale exonérée d'impôts à son employé. On peut comparer cette situation à celle d'un employé qui travaille dans le même secteur, qui reçoit le même salaire mais qui n'a pas de régime d'assurance-médicaments et qui doit payer tous ses médicaments sur son salaire après impôt.

Le sénateur Robertson: Je comprends mieux maintenant.

J'ai une dernière question à vous poser. Vous nous avez parlé de transférabilité, et nous allons entendre un groupe qui va évoquer cette question cet après-midi. La transférabilité entre les provinces ne fonctionne pas toujours très bien, vous le savez. Comment doit-on interpréter l'article sur la transférabilité dans la Loi canadienne sur la santé? Lorsque ce principe s'applique aux voyages — considérez-vous que la transférabilité doit toujours s'appliquer lorsqu'on est en voyage? Qu'avez-vous conclu sur ce point à la suite de votre étude?

M. Ferguson: Tout d'abord, je pense que le problème fondamental, c'est que nous n'avons pas de transférabilité entre les provinces; autrement dit, il n'y a pas de transférabilité interprovinciale et encore moins lorsqu'on voyage à l'étranger. Contrairement à ce qui se passe pour l'assurance médicale, au sujet de laquelle les provinces se sont entendues pour qu'on continue à toucher les prestations lorsqu'on déménage, l'assurance-médicaments, étant donné qu'elle n'est pas couverte par la Loi canadienne sur la santé, ne prévoit aucune critère de transférabilité.

Pour ce qui est des voyages à l'étranger, les régimes d'assurance ne versent aucune prestation lorsqu'on est sorti du pays. Comme vous le savez probablement, la plupart des gens accumulent un maximum de médicaments avant de partir. Si leur régime d'assurance-médicaments prévoit la possibilité de constituer des stocks sur trois mois, ils vont s'efforcer d'avoir trois mois de médicaments en réserve avant de partir, pour être au moins couverts pour l'essentiel. Si la prescription est rédigée à l'extérieur de la province, le régime d'assurance-médicaments ne remboursera pas.

La vice-présidente: Sans compter le fait que certains témoins nous disent qu'un certain nombre de médicaments sont homologués dans certaines provinces et pas dans d'autres. Lorsqu'un

where your prescription drug is not on the approved list, that can make things a little difficult there.

Mr. Ferguson: That is a whole different issue at hand.

The Deputy Chairman: I know, and we will not go down that road.

Mr. Ferguson: Certainly, if you wanted to look at it from the perspective of equity in Canada, that is a far bigger issue to me than the financing issue.

The Deputy Chairman: Yes. We had very good witnesses on that aspect in Toronto.

Senator Callbeck: Mr. Ferguson, on the example that you give of opting into the provincial plan so that they could get the drugs that they need and it would not cause cash flow, will the federal government end up paying for part of this? You say give them a T4 at the end of the year and they submit that with their income tax return, but the province also charges the federal government for the amount.

Mr. Ferguson: That is right. What I am proposing is if the federal government wants to play a role in gap-filling, or if they want to play a role in trying to solve the problem that is the most serious problem as far as drugs are concerned: it is trying to get at this relatively small group of individuals who are facing these kinds of problems. If there was federal government money to do it, the way you would target it to these particular groups is through some sort of a program like this. The way it was originally worded in the option paper still achieves the same ends, but it has the difficulty of not providing the money when it is needed to the individual. I think you need to have this other step in there that would allow the individual to essentially opt into their provincial plan, which gives them the card, which gives them access to the drugs at the time they need them. Then the other financial arrangements are sorted out between the federal government and the provinces.

Senator Callbeck: Fine, yes. I just wanted to make sure I understood that. That is how I understood it.

Mr. Morrissey, I certainly agree with what you have said about the Extra-Mural Program. Certainly, you and Senator Robertson deserve a great deal of credit for this program. It is, in my book, the best in the country.

You talked about the funding: that you need multi-year funding. In other words, you need stable funding. Then you talked about the percentage. Do you feel that the federal government should pick up a certain percentage of the total cost every year?

Mr. Morrissey: I do, in the sense that if you go back to 1967 when medicare was the Centennial project of the federal government, the feds bought into the program at roughly

médicament prescrit ne figure pas sur la liste des médicaments homologués dans une autre province, la situation se complique quelque peu.

M. Ferguson: C'est une question tout à fait différente.

La vice-présidente: Je le sais, et je ne m'aventurerai pas sur ce sujet.

M. Ferguson: Il est évident que sur le plan de l'équité au Canada, il m'apparaît que le problème est bien plus important que celui du financement.

La vice-présidente: Effectivement. Nous avons entendu d'excellents témoins sur la question à Toronto.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Ferguson, dans l'exemple que vous nous avez donné, qui fait que l'on choisirait de se réclamer du régime provincial pour pouvoir obtenir les médicaments dont on a besoin en évitant les problèmes de liquidités, est-ce que le gouvernement fédéral finira par défrayer une partie de ce régime? Vous nous dites qu'il faut donner à ces personnes un T4 à la fin de l'année, qu'elles vont joindre à leur déclaration de revenu, mais que la province facture par ailleurs la somme au gouvernement fédéral.

M. Ferguson: C'est exact. Ce que je propose, c'est que si le gouvernement fédéral veut combler les manques, ou s'il veut jouer un rôle en s'efforçant de remédier au problème le plus grave en matière de médicaments, il s'agit pour lui de s'occuper du groupe relativement restreint de personnes éprouvant ce genre de difficultés. Si le gouvernement fédéral devait y consacrer des crédits, il pourrait s'efforcer d'alléger les difficultés de ce groupe bien précis en mettant en oeuvre ce genre de programme. La façon dont on a formulé la chose à l'origine dans le document définissant les différentes options permet d'atteindre les mêmes objectifs, mais elle présente l'inconvénient de ne pas fournir l'argent au moment où les personnes concernées en ont besoin. Je pense qu'il vous faut aller un peu plus loin et permettre essentiellement à ces personnes de passer par le régime provincial, qui leur fournit la carte d'assurance et leur donne accès aux médicaments au moment où elles en ont besoin. Le gouvernement fédéral et les provinces procèdent ensuite aux ajustements financiers nécessaires.

Le sénateur Callbeck: Oui, effectivement. Je voulais simplement m'assurer que j'avais bien compris. C'est ainsi que j'avais compris la chose.

Monsieur Morrissey, je suis bien d'accord avec votre analyse du programme Extra-muros. Avec le sénateur Robertson, on ne doit pas manquer de vous féliciter de la mise en place de ce programme. C'est, à mes yeux, le meilleur au pays.

Vous nous avez parlé de financement: du fait que vous aviez besoin d'un financement sur de nombreuses années. Autrement dit, vous avez besoin d'un financement stable. Vous avez alors parlé de pourcentages. Considérez-vous que le gouvernement fédéral devrait chaque année assumer un certain pourcentage des coûts?

M. Morrissey: C'est ce que je pense, en ce sens que si vous remontez à 1967, date à laquelle on a fait de l'assurance-santé le projet du centenaire du gouvernement fédéral, l'administration

50 per cent. That could vary a little bit, depending on what services came in what form. Since then, through political decision, that has decreased and decreased, and we now have a situation where the federal government, with the concurrence of the provinces, basically is dictating through the Canada Health Act conditions for the delivery of a service which is constitutionally that of the provinces, while, at the same time, the federal government's share is getting less and less. Since it has gone down to 10 per cent or 11 per cent, which was unthinkable in 1967, it could go as low as 5 per cent. My question is: What is the role of the federal government? I think we are in this sort of debate today because the federal role was never clearly defined. I think it was defined in the minds of the people who brought in the program in 1967, but it is not a definition that has withstood the test of time, and I think it should be a fixed percentage.

Senator Callbeck: No, I understand that. It is difficult, though. I suppose, for the federal government because they never know what they will be spending on health care until the end of the year.

Mr. Morrissey: They could say the same thing about income assistance programs, but imagine the chaos that would be created if they came out and said, "For the next year we have to save so many hundreds of millions, so we will cut all OAS pensions by \$50 or \$60." That is essentially what we are saying to people in need of health care. To me, health care is a public utility in this country.

Senator Callbeck: It is certainly a major problem for the smaller provinces, especially not knowing how much money you will get from year to year.

Mr. Morrissey: It is getting to be a problem for the bigger provinces, too.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Senator Callbeck. Before we adjourn for lunch, I have to let you know that Mr. Theriault had a previous commitment and was not able to stay for questions, but Senator Léger would like to say a few words, just to follow up on what Mr. Theriault had to say. Please proceed, senator.

Senator Léger: Thank you very much, sir, for your presence, and I do agree that we are a different province.

[Translation]

Thank you, madam Chairman. Your presentation was assuredly a necessary plea on behalf of a linguistic community, since much needs to be done to make up for past shortcomings, but it is fair to say as well that much has already been done.

Following Jean-Bernard Robichaud's report, we do now have French-language regional hospitals. More needs to be done at the specialist level. I found it interesting that 80 per cent of our doctors who go out to Sherbrooke end up coming back to our province. That is the only comment I had but it does confirm our specificity.

fédérale a décidé de financer environ 50 p. 100 de ce programme. Cela pouvait varier quelque peu, selon le type ou la configuration des services. Depuis lors, les responsables politiques ont fait baisser constamment ce pourcentage et nous en sommes au point où le gouvernement fédéral, avec l'accord des provinces, dicte essentiellement, par l'entremise de la Loi canadienne sur la santé, les conditions de la prestation de service qui relèvent constitutionnellement des provinces alors que sa part de financement diminue constamment. Étant donné que l'on en est rendu à 10 ou 11 p. 100, ce qui était inimaginable en 1967, on pourrait très bien se retrouver à 5 p. 100. Ma question est la suivante: quel est le rôle du gouvernement fédéral? Je pense que le débat actuel vient du fait que l'on n'a jamais clairement défini le rôle du gouvernement fédéral. Je considère qu'il était bien défini dans l'esprit des gens qui ont mis en oeuvre de programme en 1967, mais ce n'est pas une définition qui a résisté au temps et j'estime qu'il devrait y avoir un pourcentage fixe.

Le sénateur Callbeck: Oui, et je le comprends bien. C'est cependant difficile, j'imagine, pour le gouvernement fédéral, qui ne sait jamais combien il va devoir dépenser en matière de santé tant que l'on est pas en fin d'exercice.

M. Morrissey: Il pourrait en dire autant des programmes d'aide au revenu, mais j'imagine dans quel chaos on se retrouverait s'il venait nous dire un jour: «L'année prochaine, nous devons économiser plusieurs centaines de millions de dollars et nous allons donc réduire de 50 ou de 60 \$ toutes les pensions de sécurité de la vieillesse.» C'est essentiellement ce que nous disons aux personnes qui doivent se soigner. Je considère que les soins de santé sont un service public dans notre pays.

Le sénateur Callbeck: C'est bien entendu un gros problème pour les petites provinces, surtout lorsqu'elles ne savent pas de combien d'argent elles vont pouvoir disposer d'une année sur l'autre.

M. Morrissey: Ça devient aussi un problème pour les grosses provinces.

La vice-présidente: Je remercie le sénateur Callbeck. Avant de lever la séance pour le déjeuner, je dois vous dire que M. Theriault avait pris des engagements antérieurs et n'a pas pu rester pour répondre à nos questions, mais le sénateur Léger voudrait vous dire quelques mots, simplement pour faire suite aux déclarations de M. Theriault. Sénateur, vous avez la parole.

Le sénateur Léger: Merci, sénateurs, de votre présence, et je suis d'accord pour dire que notre province est différente des autres.

[Français]

Je vous remercie, madame la présidente. Votre présentation était sûrement un plaidoyer linguistique nécessaire, car il y a beaucoup de rattrapage à faire comme on vous l'a dit, mais beaucoup a été fait aussi.

Suite au rapport de Jean-Bernard Robichaud, nous avons les hôpitaux régionaux maintenant en français. Quand cela arrive au spécialisation, il y a du chemin à faire encore. J'ai trouvé qu'il était intéressant que 80 p. 100 de nos médecins qui vont à Sherbrooke reviennent dans notre province. C'est la seule chose que je voulais dire, mais cela confirme qu'on est différent.

[English]

The Deputy Chairman: I would like to thank you, Mr. Morrissey and Mr. Ferguson, and in his absence Mr. Theriault, for appearing before us. I found your testimony and your reports to be very useful and helpful. We may have to have you back, Mr. Ferguson, in order to get into that other issue that I almost raised.

The committee suspended its proceedings.

Upon resuming.

[English]

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: I would like to introduce our witnesses for our afternoon session. We have Bob Jackson, President of the Canadian Snowbird Association; Helen Ladouceur and Eileen Malone of the New Brunswick Senior Citizens Federation; Sandra Keon, Secretary Treasurer and Vice-President, Clinical Programs at Pembroke Hospital, Catholic Health Association of Canada; and Michael Gallagher from the Miramichi Police Force.

Mr. Bob Jackson, President, Canadian Snowbird Association: Joining me today is our executive director, Heather Nicolson-Morrison. I will touch on all the points that are in the brief, which I have tried to summarize.

The Deputy Chairman: I should have pointed that out to the witnesses. It helps us if you summarize the brief and allow us more time for questions. I appreciate that, Mr. Jackson.

Mr. Jackson: The Canadian Snowbird Association has been in existence since 1992. In the beginning, our mandate was to find affordable travel medical insurance, but we soon realized that there was no association dealing with the specific needs that impacted on the Canadian snowbird or long-term traveller. Therefore, our mandate has changed from the early days.

In the first year, we managed to provide our members with savings of \$25 million on their travel insurance. One of the reasons for the astronomical increase in supplementary insurance prices was that Canada's provinces were, and still are, breaking the law, specifically, section 11(1)(b)(ii) of the Canada Health Act.

The portability principle of the Canada Health Act is that the provinces are required to pay the same amount for emergency medical care out of country as it would for the same level of care in province. Prior to 1993, all provinces except British Columbia were in compliance with the portability principle of the Canada Health Act. In April and May of 1993, Saskatchewan and Alberta reduced out-of-country emergency medical payments to \$100 per day. In July 1994, Ontario cut back to \$100 per day. Quebec cut to \$100 a day in 1996, and New Brunswick cut to \$100 per day in 1997. All of this was in direct contravention of

[Traduction]

La vice-présidente: Je tiens à remercier M. Morrissey, M. Ferguson et, en son absence, M. Theriault, d'avoir comparu aujourd'hui. Vos témoignages et vos rapports m'ont paru très utiles et très instructifs. Nous vous demanderons éventuellement de revenir, M. Ferguson, pour traiter de cette autre question que j'ai presque évoquée.

La séance est suspendue.

La séance reprend.

[Traduction]

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

La vice-présidente: J'aimerais vous présenter nos témoins pour la séance de cet après-midi. Nous accueillons Bob Jackson, président de l'Association canadienne des Snowbirds; Helen Ladouceur et Eileen Malone de la Fédération des aînés du Nouveau-Brunswick; Sandra Keon, secrétaire-trésorière et vice-présidente, Programmes cliniques à l'hôpital de Pembroke, Association catholique canadienne de la santé; et, enfin, Michael Gallagher, du Service de police de Miramichi.

M. Bob Jackson, président, Association canadienne des Snowbirds: Je vous présente Mme Heather Nicolson-Morrison, directrice administrative de l'association. J'aborderai chacun des points de notre mémoire, que j'ai essayé de résumer.

La vice-présidente: J'aurais dû le rappeler aux témoins: nous aimons bien n'entendre qu'un résumé de votre mémoire pour que nous puissions avoir plus de temps pour les questions. Vous faites bien de procéder de cette façon, monsieur Jackson.

M. Jackson: L'Association canadienne des «Snowbirds» a été créée en 1992. Nous nous étions fixé comme mission au début de trouver de l'assurance médicale abordable pour les voyageurs, mais nous nous sommes vite rendu compte qu'il n'y avait aucune association pour s'occuper des besoins particuliers des Canadiens que l'on appelle les retraités migrants ou qui partent pour de longs séjours, à l'étranger. Nous n'avons donc pas le même mandat qu'au début.

Au cours de la première année, nous avons réussi à faire épargner à nos membres 25 millions de dollars en assurance de voyage. Si les prix de l'assurance supplémentaire ont augmenté en flèche, c'est en partie parce que les provinces canadiennes enfreignaient et enfreignent toujours la loi, notamment le sous-alinéa 11(1)(b)(ii) de la Loi canadienne sur la santé.

Selon le principe de la transférabilité énoncé dans la Loi canadienne sur la santé, les provinces sont tenues de rembourser le même montant pour les soins médicaux d'urgence à l'étranger que ce qu'il en coûterait pour des soins comparables dans la province. Avant 1993, toutes les provinces sauf la Colombie-Britannique respectaient le principe de la transférabilité de la Loi canadienne sur la santé. En avril et mai 1993, la Saskatchewan et l'Alberta ont réduit à 100 \$ par jour le montant versé pour les soins médicaux d'urgence à l'étranger. En juillet 1994, l'Ontario leur a emboîté le pas, suivi du Québec en 1996 et du Nouveau-

the Canada Health Act, which the federal government has jurisdiction over.

In your interim report, you recognize that the principles are not as strictly adhered to as many Canadians would like. The previous statement about the cuts is a growing example of the blatant abuse of the law by the provinces. That would never be tolerated from a private citizen because this is federal legislation that the federal government has jurisdiction over.

Those provinces that come close have not indexed the amounts to reflect the yearly absent tides of rates. British Columbia pays only \$75 a day in emergency health coverage, which has not changed in over 25 years. Both this rate and the \$100 rate are a joke.

The Canadian Snowbird Association entered into extensive discussions with the Ontario government, and when no reasonable outcome was reached, we took legal action. Two judges ruled on procedure stating that the association's actions were premature until a process of consultation between the federal and provincial governments had been completed. That is stipulated in the Canada Health Act.

The third judge wrote a scathing 18-page report in our favour that said it was beyond dispute that Ontario was breaking the law. Ten years later, the consultation process, as discussed by the Ontario justices, has not started. A legal challenge was also initiated in British Columbia and the judge there stated that it was a matter to be resolved between the federal government and the province.

I noticed in your report that you say that this has never been challenged in court through the federal government. We did go to a constitutional legal firm, Osler & Hoskin from Ottawa, who are supposed to be constitutional lawyers. They said that we would not get anywhere by challenging it under the constitution because it was not in the constitution that it had to be enforced. Therefore, we have taken the route of going through the provinces.

Prior to the 1995 provincial election in Ontario, we contacted the leaders of each provincial party and asked what they would do if elected to bring Ontario into compliance of the section 11(1)(b)(ii) of the Canada Health Act. The leaders of both opposition parties agreed that Ontario should be in compliance with the Canada Health Act. On September 1, 1995, Ontario's out-of-country emergency medical service per diem rate was returned to the previous level.

The charade that is carried out by five of our provinces should be no surprise to Minister Rock. The numbers are released in the Canada Health Act Annual Report, published by Health Canada, with a preface signed by the minister and tabled in the House of Commons each year.

Brunswick en 1997. Tout cela en violation flagrante de la Loi canadienne sur la santé, que le gouvernement fédéral est chargé d'appliquer.

Dans votre rapport provisoire, vous reconnaissez que les principes ne sont pas respectés aussi rigoureusement que le souhaiteraient bien des Canadiens. La réduction à 100 \$ par jour dont je viens de vous parler est un exemple de plus en plus courant du mépris flagrant des provinces à l'égard de la loi. De tels abus ne seraient jamais tolérés s'ils venaient d'un simple citoyen, car nous avons affaire ici à une mesure législative fédérale que le gouvernement fédéral est chargé d'appliquer.

Les provinces qui la respectent un peu n'ont pas indexé les montants pour tenir compte des fluctuations annuelles des taux. La Colombie-Britannique ne rembourse que 75 \$ par jour pour les soins de santé d'urgence, taux qui n'a pas changé depuis 25 ans. Cette somme de même que la somme de 100 \$ sont dérisoires.

L'Association canadienne des «Snowbirds» a entrepris de sérieux pourparlers avec le gouvernement de l'Ontario et a finalement intenté une action en justice lorsqu'elle a cessé de croire en un aboutissement raisonnable. Deux juges s'en sont tenus à la procédure pour rendre leurs décisions, affirmant que l'action de l'association était prématurée parce qu'il n'y avait pas encore eu de consultations entre les gouvernements fédéral et provinciaux. De telles consultations sont prévues dans la Loi canadienne sur la santé.

Le troisième juge a rédigé un rapport cinglant de 18 pages nous donnant raison et affirmant qu'il était certain que l'Ontario enfreignait la loi. Dix ans plus tard, les consultations dont parlaient les juges de l'Ontario n'ont pas encore commencé. Une contestation judiciaire a également été intentée en Colombie-Britannique et le juge là-bas a affirmé qu'il appartenait au gouvernement fédéral et à la province de régler le litige.

J'ai remarqué que vous dites dans votre rapport qu'il n'y a jamais eu contestation judiciaire de ce point mettant en cause le gouvernement fédéral. Nous avons consulté un cabinet s'occupant de droit constitutionnel, Osler & Hoskins à Ottawa. Nous nous sommes fait dire qu'une contestation invoquant la Constitution ne mènerait nulle part parce que l'application du principe ne passait pas par la Constitution. C'est pourquoi nous avons choisi de passer par les provinces.

Avant l'élection de 1995 en Ontario, nous avons communiqué avec les chefs de chaque parti provincial pour leur demander ce qu'ils feraient une fois élus pour que l'Ontario respecte enfin le sous-alinéa 11(1)b)(ii) de la Loi canadienne sur la santé. Les chefs des deux partis d'opposition ont convenu que l'Ontario devrait se conformer à la Loi canadienne sur la santé. Le 1^{er} septembre 1995, le taux quotidien pour les services médicaux d'urgence à l'étranger a été rétabli à ce qu'il était auparavant.

Le ministre Rock est certainement au courant du petit jeu auquel se livrent cinq de nos provinces: c'est lui qui signe l'avant-propos du rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé publié par Santé Canada et déposé à la Chambre des communes chaque année, où figurent tous les chiffres.

Your report also mentioned that experts argue it might be possible to achieve a better return on the health care dollar by promoting healthier lifestyle for Canadians. An ounce of prevention is worth a pound of cure. Many of our members live frugally year-round to achieve their chosen lifestyle. They are being proactive. By going to a warmer climate each year, these seniors are actively taking charge of their physical and mental health.

Should a snowbird have an emergency illness while outside of Canada, they have taken care of the bulk of the financial burden through their purchase of supplementary travel medical insurance. Increasing the per diem rate will not eliminate the need for this extra and often costly insurance, but it may make it a little more affordable to assist Canadians in achieving a better return on the health care dollar by allowing for a healthier lifestyle.

We are not soliciting additional funds. We would like the funding referred to in the Canada Health Act to be delivered. We are having success in some provinces.

Experts argue that it may be possible to achieve a better return on the health care dollar by promoting healthier lifestyle for Canadians. In some provinces, we have had time limit regulations changed to allow a retiree flexibility of travel beyond the six-month-plus-a-day presence required within your provincial boundaries to keep your medicare. Although this is a provincial regulation, we feel that your report should encourage uniformity among the provinces as it pertains to a healthier lifestyle.

Another area of concern is vacation supply of prescription drugs. If a Canadian can travel out of the country for six months, then a person on long-term medication should be able to access prescription drugs equal to the length of time they will be out of the country. When he announced the change in that province, the Premier of Ontario said that it makes good health sense. To rely on mail for essential medications puts Canadians at undue risk.

We concur that prevention is the key. The federal government should enforce the five founding principles of the Canada Health Act, including section 11(1)(b)(ii), thereby eliminating the wide variances across the country. The federal government should initiate the consultative process with the offending provinces. If these provinces continue in contravention of section 11(1)(b)(ii), then the federal government should invoke its ability to withhold transfer payments.

There should be a uniform policy across Canada giving taxpayers the right to freedom of travel as long as a principal residence is maintained in their home province. It is fundamental that every Canadian be allowed, through their drug plans, to

On peut lire également dans votre rapport que les experts maintiennent qu'il pourrait y avoir moyen d'obtenir un meilleur rendement des sommes consacrées aux soins de santé en encourageant les Canadiens à adopter un style de vie plus sain. Mieux vaut prévenir que guérir. Beaucoup de nos membres vivent frugalement pendant l'année pour pouvoir s'adonner au style de vie qu'ils préfèrent. Ce sont des gens proactifs. En recherchant chaque année un climat plus doux, ces aînés s'occupent activement de leur santé physique et mentale.

Lorsqu'un retraité migrateur a besoin de soins médicaux d'urgence à l'étranger, il est prêt à faire face à l'essentiel du fardeau financier parce qu'il a contracté une assurance supplémentaire pour soins médicaux à l'étranger. Même si le taux quotidien est relevé, il faut toujours contracter une telle assurance supplémentaire, qui souvent coûte très cher, mais il vaut peut-être un peu plus la peine par une telle mesure d'aider les Canadiens à obtenir un meilleur rendement sur les sommes consacrées aux soins de santé en favorisant un mode de vie plus sain.

Nous ne demandons pas encore de l'argent. Nous voulons simplement que les remboursements que prévoit la Loi canadienne sur la santé soient bel et bien effectués. Certaines provinces nous donnent raison.

Selon les experts, il peut y avoir moyen d'obtenir un meilleur rendement sur les sommes consacrées aux soins de santé si l'on encourage un mode de vie plus sain parmi les Canadiens. Dans certaines provinces, nous avons réussi à faire modifier le règlement sur la durée maximale du séjour pour qu'un retraité puisse séjourner à l'étranger au-delà de la période de six mois plus un jour pendant laquelle il doit obligatoirement être présent sur le territoire de la province pour continuer à être assuré par le régime d'assurance-maladie. Il s'agit d'un règlement provincial, mais, selon nous, votre rapport devrait quand même encourager l'uniformité parmi les provinces du point de vue de l'adoption d'un mode de vie plus sain.

Un autre problème est le stock de médicaments qu'il faut pour un séjour à l'étranger. Un Canadien qui peut séjourner à l'étranger pendant six mois devrait pouvoir acquérir les médicaments qu'il lui faut pendant la durée de son séjour. Le premier ministre de l'Ontario en a convenu et a reconnu que c'était parfaitement logique du point de vue de la santé, lorsqu'il a annoncé le changement dans cette province. C'est exposer inutilement les Canadiens à un risque que de les obliger à s'en remettre à la poste pour recevoir leurs médicaments essentiels.

Nous sommes d'accord que la prévention est essentielle. Le gouvernement fédéral devrait faire respecter les cinq principes fondateurs de la Loi canadienne sur la santé, entre autres le sous-alinéa 11(1)(b)(ii), pour qu'il cesse d'y avoir tant de différence entre les régions. Le gouvernement fédéral devrait entamer des consultations avec les provinces récalcitrantes. Le gouvernement fédéral devrait invoquer son pouvoir de retrait des paiements de transfert dans le cas des provinces qui persistent à entreindre le sous-alinéa 11(1)(b)(ii).

La politique devrait être la même dans toutes les régions du pays pour que les contribuables puissent jouir du droit à la liberté de voyager lorsqu'ils se conforment à l'obligation de maintenir une résidence principale dans leur province d'origine. Chaque

purchase prescription drugs equal to the number of days they are allowed to be out of the province. This should be uniform across the country.

On those two issues, we are making headway with some of the provinces, but it is hodgepodge because there is no uniformity to it.

The Deputy Chairman: I have a husband who is a snowbird, and I know how you feel. I will now turn to the New Brunswick Senior Citizens Federation, and I will ask Ms Ladouceur to make her presentation.

Ms Helen Ladouceur, Member, New Brunswick Senior Citizens Federation Inc.: I represent 24,000 seniors in New Brunswick. The senior population is aging and we would like to distinguish between acute conditions and chronic conditions, such as transplants, joint replacements.

Bypasses are very costly to seniors. Seniors should not have to be hospitalized for flu and allergies. Due to the early discharge from hospitals, our seniors have to pay more for home care, long-term care, palliative care, drug care, and need more equipment to stay at home, which is all out-of-pocket expense.

We would like to see a positive health care with seniors returning to work, volunteering and keeping active to stay healthy. We also would like to see more research done on senior women. We also would like to see our drug costs not as high as they have been. We have shortage of doctors, and the waiting list for special care is too long.

The Deputy Chairman: Thank you Ms Ladouceur. I am sure we will elicit more from you when the questioning comes.

Ms Sandra Keon, Secretary Treasurer, Catholic Health Association of Canada; Vice-President, Clinical Programs at Pembroke Hospital: The Catholic Health Association of Canada is the national voice for catholic health care. The CHAC represents provincial health associations, hospitals, homes, numerous sponsor organizations and health care professionals.

The committee is to be commended for having highlighted key issues concerning the state of health care in Canada. I will highlight five points from the brief we have submitted to the committee.

The first point is that without attention to values, there cannot be good policy. Chapter 7 of the report presents a narrowly defined discussion of the Canada Health Act that focuses primarily on a single question: "Are private health care provision and private health care insurance permissible under the act?" Such an approach overlooks an essential feature of the act.

Canadien doit avoir le droit d'acquérir, par le biais de son régime d'assurance-médicaments, tous les médicaments qu'il lui faut pour la durée de son séjour en règle à l'extérieur de la province. Ce droit devrait être le même dans toutes les régions du pays.

Nous faisons des progrès sur ces deux plans dans le cas de certaines provinces, mais le manque d'uniformité nous empêche de nous attaquer systématiquement au problème.

La vice-présidente: Mon mari est un retraité migrateur et je vous comprends parfaitement. Nous allons maintenant entendre Mme Ladouceur de la Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick.

Mme Helen Ladouceur, membre, Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.: Je représente 24 000 aînés au Nouveau-Brunswick. Ceux-ci ne rajeunissent pas et nous aimerions faire la distinction entre les soins essentiels et les soins chroniques, par exemple les greffes, les prothèses articulaires.

Les pontages coûtent très cher pour les aînés. Ceux-ci ne devraient pas être hospitalisés pour la grippe ou une allergie. Par ailleurs, lorsqu'on leur donne rapidement congé de l'hôpital, nos aînés sont obligés de supporter davantage de dépenses pour les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins palliatifs, les médicaments, l'équipement supplémentaire qu'il leur faut au domicile, toutes des dépenses qu'ils doivent payer de leur poche.

Nous aimerions avoir un régime positif de soins de santé où les aînés pourraient réintégrer la population active, s'adonner au bénévolat et mener une vie active pour demeurer en santé. Nous aimerions également qu'il y ait davantage de travaux de recherche visant les aînés de sexe féminin. Nous aimerions également que nos médicaments ne coûtent pas aussi cher. Il y a une pénurie de médecins et la liste d'attente pour les soins de santé spéciaux est trop longue.

La vice-présidente: Je vous remercie, madame Ladouceur. Je suis sûre que vous pourrez nous en dire davantage au moment des questions.

Mme Sandra Keon, secrétaire-trésorière, Association catholique canadienne de la santé; vice-présidente, Programmes cliniques à l'hôpital de Pembroke: L'Association catholique canadienne de la santé est porte-parole au pays pour les services de santé catholiques. Elle représente les associations provinciales de la santé, les hôpitaux, les foyers, de nombreux organismes commanditaires ainsi que les professionnels de la santé.

L'Association félicite le comité d'attirer l'attention sur les grandes questions concernant l'état du système de soins de santé au Canada. Je vais insister sur cinq points qui sont abordés dans le mémoire de l'Association présenté au comité.

Premièrement, une politique ne saurait être efficace si elle ne tient pas compte des valeurs. Au chapitre 7 du rapport, la Loi canadienne sur la santé est abordée dans une perspective étroite qui se limite surtout à une seule question: «Les soins de santé privés et l'assurance pour les soins de santé privés sont-ils admissibles en vertu de cette loi?» Cette façon d'aborder la chose laisse de côté un aspect essentiel de la loi.

The Canada Health Act embodies a set of values that Canadians hold to be important. The national forum concluded that the Canadian underpinnings of the health system include the premise that it ought to be government run and not for profit. It is the belief that all are entitled, as a matter of citizenship, to equal access to quality care, a commitment to compassion, to a sense of community and to a common purpose.

The committee's report sets out a wide-ranging list of proposal options. You are asking Canadians, "What values do we choose now?" This is where this discussion must begin. Any rethinking of medicare requires a reaffirmation of the societal values that give rise to the health system, a critical analysis of new and emerging values, and a change in the focus of the discussion from the marketplace toward a discussion of the core values.

In our brief, we present a list of those values that can provide a vision for health in the future, as well as a means to assess the wide range of alternatives currently being promoted for organizing funding and integrating health care services in Canada.

The second point is that health care cannot be treated as a mere commodity. Chapter 5 of the report acknowledges that health care is different from other goods and services, but it defines this difference in terms of market failures. Throughout the report, the essence of health care is reduced to a market ideology.

Central to our analysis of the strengths and weaknesses of the options developed by the committee is a conviction that health care is a service. It is first and foremost an essential social good, a service to persons in need. It is not and cannot be treated as a mere commodity exchanged for profit, to which access depends on an ability to pay. The strongest forces pressuring the sustainability of the health care system are linked to those values that view health care as a commodity, individualism and self-reliance, unlimited choice, economic competition, rapid service and guaranteed outcomes.

Our third point is that medicare is workable. In recent years, Canadians have been subjected to what sometimes appears to be an organized campaign designed to weaken confidence in the nation's health care system.

Chapter 8 of the report takes up the question of affordability and sustainability. There is a strong negative tone in this section of the report. It suggests that those who hold that medicare's problems can be fixed by increasing efficiency while still preserving the public health insurance system, are not being prudent and are avoiding the tough financial questions.

The committee does acknowledge that efforts to enhance efficiency and effectiveness have been hampered by the attitudes and behaviours of those with vested interest in the current health

La Loi canadienne sur la santé incarne un ensemble de valeurs auxquelles les Canadiens et les Canadiennes sont attachés. Le forum national a conclu que les fondements du système canadien de soins de santé comprennent le principe selon lequel ce système devrait relever de l'État et devrait être sans but lucratif. L'Association estime que chacun a droit en sa qualité de citoyen à un accès égal à des soins de santé de qualité, à la compassion, à l'appartenance à un groupe et à la solidarité.

Dans son rapport, le comité propose toute une gamme de mesures possibles. Vous demandez aux Canadiens: «Quelles valeurs voulons-nous avoir aujourd'hui?» Voilà où doit commencer la discussion. Avant de commencer à repenser le régime d'assurance-maladie, il faut réaffirmer les valeurs sociétales qui constituent le fondement du système de soins de santé, il faut procéder à une analyse critique des valeurs nouvelles et émergentes et il faut cesser d'orienter la discussion vers le marché et la ramener aux valeurs de base.

Dans notre mémoire, nous présentons la liste des valeurs qui peuvent apporter une vision pour le système de santé de demain, ainsi que les moyens permettant d'évaluer l'éventail des méthodes proposées aujourd'hui pour le financement et l'intégration des services de soins de santé au Canada.

Le deuxième point que nous signalons est que les soins de santé ne peuvent pas être traités comme de simples produits. Au chapitre 5 du rapport, on reconnaît que les soins de santé sont différents des autres biens et services, mais cette différence est définie à partir des lacunes du marché. Dans tout le rapport, l'essence des soins de santé est réduite à une idéologie de marché.

Notre conviction que les soins de santé constituent un service est à la base de notre analyse des points forts et des points faibles des options élaborées par le comité. Ces soins de santé sont avant tout un bien social essentiel, un service à la disposition des personnes en ayant besoin. Ces services ne sont pas — et on ne doit pas y voir — un simple produit échangé pour un gain, dont l'accès dépend d'une capacité de payer. Les forces les plus puissantes qui s'exercent au détriment de la viabilité du système de soins de santé sont liées aux valeurs qui confèrent aux soins de santé un aspect de simple produit, d'individualisme et d'autosuffisance, de choix illimités, de compétition économique, de service rapide et de résultats garantis.

Le troisième point que nous voulons faire valoir est que le régime de soins de santé est viable. Ces dernières années, les Canadiens ont été la cible de ce qui semble être parfois une campagne organisée visant à miner la confiance dans le système de soins de santé du pays.

Le chapitre 8 traite de la question de l'abordabilité et de la viabilité. On constate un ton fort négatif dans cette partie du rapport. Ce qui est dit laisse entendre que ceux qui prétendent que les problèmes du régime de soins de santé peuvent être résolus en augmentant l'efficacité tout en préservant le système public d'assurance-santé ne font pas preuve de prudence et essayent d'éluder les questions financières difficiles.

Le comité reconnaît cependant que les efforts visant à améliorer l'efficacité et l'efficacités ont été entravés par les attitudes et les actions des personnes ayant des intérêts acquis dans le système

care system. However, the report fails to ask an important question: "Is there the political will today to challenge these vested interests?"

Many of Canada's most respected health policy analysts have concluded that our country's single payer health system has worked. There is a tendency to overlook the success of our current system. John Ralston Saul has called this tendency, "one of our era's most dangerous failings."

Point number four deals with private finance and for-profit delivery. Chapter 8 presents an excellent overview of a range of new funding sources. However, the report's conclusion that user charges, medical saving accounts and contracting for private health providers and private insurance could be implemented in ways that would avoid the risks associated with these approaches.

This appears to ignore the research on these subjects. What evidence is there that private for-profit care is cheaper and more efficient than public health care? I quote health economist, Robert Evans, who says, "Hopes for increased efficiency through increased for-profit provision of care have no empirical support and face extensive counter-evidence."

There is strong evidence that the growth of for-profit care will increase costs and that it tends to decrease quality. We are especially concerned about the impact of some of these options on persons who are poor and vulnerable in our society.

The fifth point is that there is a need to build a more integrated system of services. The health system in Canada has evolved in a way that privileges hospitals, physicians and health care interventions. This reality must change.

The health forum proposes a system in which services are integrated and where the care, not the provider or site, is funded. The committee has identified home care and prescription drugs as two key areas for action developing such a system. As technology has allowed increasingly complex care to be provided within the community and in the home, provincial governments have allowed the associated costs to move outside of the publicly financed system. A move rightly termed by some as passive privatization. Prompt action is required to reverse this trend and to ensure that home care becomes an integral part of the publicly funded services.

Canada should begin taking steps to include prescription drugs as part of its publicly funded health care system. The committee, in its presentation of its main findings from phase three, appears to favour the participation of the private sector, either through the imposition of user charges or the involvement of private insurance, as the preferred method of expanding public health care

actuel de soins de santé. Toutefois, le rapport omet de demander une question importante: «Y a-t-il aujourd'hui la volonté politique nécessaire pour contester ces intérêts acquis?»

Parmi les plus éminents analystes de la politique des soins de santé au Canada, un grand nombre ont conclu que le régime de soins de santé à payeur unique de notre pays a donné les résultats voulus. On a tendance à oublier que notre système actuel a été efficace. John Ralston Saul a appelé cette tendance «l'une des faiblesses les plus dangereuses de notre ère.»

Le quatrième point porte sur les finances privées et la prestation sans but lucratif. Le chapitre 8 présente un excellent aperçu d'un ensemble de nouvelles sources de financement. Toutefois, on peut lire dans les conclusions du rapport que les frais d'utilisateur, les comptes d'épargne médicaux, les soins de santé privés obtenus à contrat et l'assurance privée pourraient être mis en place selon des modalités qui permettent d'éviter les risques associés à ces approches.

De telles conclusions ne semblent pas tenir compte des travaux de recherche sur ces sujets qui ont été effectués. Où sont les faits qui démontrent que les soins de santé privés à but lucratif coûtent moins cher et sont plus efficaces que les soins de santé publics? Je cite Robert Evans, économiste en soins de santé, qui affirme: «Il n'y a pas de données empiriques pour étayer la notion qu'il y aura une plus grande efficacité s'il y a davantage de soins de santé à but lucratif, et les données qui existent indiquent le contraire.»

Les faits sont nombreux à démontrer que la croissance des soins de santé à but lucratif fera augmenter les coûts et est de nature à faire diminuer la qualité. Nous nous inquiétons surtout des conséquences de certaines de ces options pour les personnes dans notre société qui sont pauvres et vulnérables.

Le cinquième point est qu'il faut mettre en place un système de soins de santé plus intégré. Le système de santé au Canada a évolué d'une façon qui privilégie les hôpitaux, les médecins et les interventions en soins de santé. Cette situation doit changer.

Le forum sur la santé propose un système où les services sont intégrés et où se sont les soins et non les fournisseurs et les établissements qui sont financés. Selon le comité, les soins à domicile et les médicaments sont deux aspects essentiels où on peut prendre des mesures pour mettre en place un tel système. Grâce à la technologie, il est possible d'offrir au sein de la collectivité et à domicile des services de soins de santé de plus en plus complexes et c'est pourquoi les gouvernements provinciaux ont permis que les coûts qui y sont associés soient exclus du système financé par l'État. Certains ont appelé à juste titre cette situation de la privatisation passive. Il faut intervenir rapidement pour inverser cette tendance et s'assurer que les soins à domicile deviennent une partie intégrante des services financés par l'État.

Le Canada devrait commencer à prendre des mesures pour que les médicaments fassent partie du système de soins de santé financés par l'État. Le comité, dans son exposé de ses principales constatations issues de la phase trois, semble favoriser la participation du secteur privé soit par l'imposition de frais d'utilisateur, soit par la participation de l'assurance privée, y

coverage to include prescription drugs, home care and long-term care.

This approach differs sharply from the funding recommendations for home care and pharmaceuticals set out by the national forum. It said that public financing without deductibles or co-payment is the only reasonable way to promote universal access and to control costs of prescription drugs. We are surprised that the forum's extensive research in this area is not referred to in the committee's discussion for prescription drugs.

The Deputy Chairman: Thank you, Ms Keon. I notice in your report that you refer to Dr. Nuala Kenny. She was a witness in Halifax and she made a strong case for some of the points that you made.

Corporal Michael Gallagher, Drug Section, Miramichi Police Force: I am here today to speak about the problem we are facing in Miramichi with prescription drug abuse. We have seen a dramatic increase in crime, specifically, violent crime, home invasions, armed robberies and frauds, directly related to the abuse of the prescription drug Dilaudid. Following Dilaudid, morphine is the second most abused drug.

The Miramichi Police Force has joined our community to form a committee to look at this problem and to what we can do to stop the problem. We have looked closely at the medical system in the province of New Brunswick. We found there are problems with the system that we would ask that the federal government look at and perhaps implement policy for the provinces to monitor prescription drugs.

In New Brunswick, a patient can go to a doctor and be prescribed powerful pain medications that are similar to heroin in their makeup. They are morphine based. The addiction qualities are similar to heroin, and the trauma to the body and the need to get a fix is similar to heroin. We have a very serious problem.

A person can see a family doctor and get a prescription for Dilaudid, get the prescription filled and then sell it for enormous profits. An eight-milligram Dilaudid is sold in Miramichi for \$30, and I am told that in Fredericton they are being sold for \$40. People are abusing the system.

There is no record of these drugs or who has them. The only record the doctor will have in his office is the bill he sends to medicare for payment. This only states that the patient visited the doctor on such and such a date. The pharmacist will have something in their database, but it is not shared with any other pharmacies.

We ask that the federal government assist the provincial government. We will approach them as a committee made up of doctors, pharmacists, youth care workers and addiction services

voyant la meilleure méthode pour étendre les soins de santé publics aux médicaments, aux soins à domicile et aux soins de longue durée.

Cette approche est diamétralement opposée aux recommandations de financement des soins à domicile et des médicaments formulées par le forum national. On y a affirmé que le financement public sans franchise ou quote-part est la seule façon raisonnable de promouvoir l'accès universel et de contrôler les coûts des médicaments. Cela nous étonne que dans sa discussion sur les médicaments, le comité ne mentionne pas les travaux de recherche considérables que le forum a effectués dans ce domaine.

La vice-présidente: Merci, madame Keon. Je remarque dans votre mémoire que vous mentionnez la Dre Nuala Kenny. Elle a témoigné devant le comité à Halifax, en défendant énergiquement certains des points que vous soulevez.

Le caporal Michael Gallagher, Division des drogues, Forces policières de Miramichi: Je prends la parole devant vous aujourd'hui pour vous faire part du problème de l'usage abusif de médicaments prescrits que nous connaissons à Miramichi. Nous avons constaté une augmentation spectaculaire d'actes criminels, notamment d'actes criminels avec violence, invasions de domicile, vols à mains armées et fraudes, tous liés directement à l'usage abusif du médicament prescrit Dilaudid. Le Dilaudid vient au premier rang parmi les drogues les plus consommées abusivement, suivi par la morphine.

Les Forces policières de Miramichi a contacté notre communauté et a créé un comité pour étudier ce problème et voir ce que nous pouvons faire pour l'enrayer. Nous avons soigneusement étudié le système médical au Nouveau-Brunswick. Nous y avons constaté des problèmes, et nous aimerions que le gouvernement fédéral les examine et applique peut-être dans les provinces une politique pour surveiller les médicaments délivrés sur ordonnance.

Au Nouveau-Brunswick, un malade peut se rendre chez un médecin et se faire prescrire de puissants analgésiques dont la composition ressemble à celle de l'héroïne. Ils sont à base de morphine. Ils engendrent une dépendance semblable à celle de l'héroïne; les dommages à l'organisme et le besoin d'avoir sa dose sont analogues à l'héroïne. Nous sommes aux prises avec un très grave problème.

Une personne peut aller voir un médecin de famille et se faire prescrire du Dilaudid, faire remplir son ordonnance et revendre le médicament en faisant d'énormes profits. Huit milligrammes de Dilaudid se vendent 30 \$ à Miramichi et l'on me dit qu'à Fredericton, c'est 40 \$. Les gens exploitent le système.

On ne tient aucun dossier de ces médicaments ou de ceux à qui ils sont prescrits. La facture que le médecin envoie à l'assurance-maladie pour se faire payer, où sont indiquées les dates de visite du malade, est le seul document. Le pharmacien aura quelque chose dans sa base de données, mais elle n'est pas partagée avec d'autres pharmaciens.

Nous demandons au gouvernement fédéral d'aider le gouvernement provincial. Nous le contacterons en tant que comité composé de médecins, de pharmaciens, de travailleurs auprès des

people. As a committee, we try to implement a program to monitor these drugs to ensure that they do not end up on the street and cause the chaos that they are causing in Miramichi. I understand in Maine they have a similar problem. However, this problem is not limited to Eastern Canada and Eastern U.S.

Senator Robertson: The last testimony shocks me. I did not realize it was out of control like that. Are you doing something about it with the physicians and the pharmacists right now, or are you only working toward a model for the province?

Cpl. Gallagher: We are working toward a model for the province. On the committee we have incorporated the physicians and the pharmacists to put ideas down and try to come up with a feasible plan. We can then approach our provincial government with that plan to try to have it implemented.

Senator Robertson: What type of person gets this prescription? Is it a senior person or a younger person?

Cpl. Gallagher: Usually younger people are getting it. We did have one investigation last year where a person over the age of 60 saw eight different doctors in New Brunswick within a two-week period to get prescription drugs. I often laugh because we have some good actors in New Brunswick who can fool the doctors.

Senator Robertson: This is the first time that this problem has been brought to our attention. If it exists in New Brunswick, it must be going on in other provinces as well. The federal government would have a role in helping to structure something. There are many types of legislation that come into play. We are making progress in some areas, even respecting the privacy legislation that is necessary in some of these cases.

Keep up the good work and we will try to put a strong recommendation to the federal government on this particular issue. I did not know it was this bad.

Ms Keon, you want the integrated services, the pharmacare program and the community health program in addition to what we have now. The funds, even for what we do now in the hospital and the doctors' offices, are very scarce. Do you expect the federal government to pay for these, or help to pay for these? What type of financing are you recommending?

Ms Keon: One of the key issues is perhaps some redesign. The commission did speak to primary health reform and to some of the shifts or potential shifts in cost, if we are to have primary health reform in place.

I can speak from experience about these shortages. We are in a situation where we have a shortage of health care professionals, particularly physicians, and the timing is right to start to redesign the system so that we have a broader range of health professionals. That certainly has different cost implications.

jeunes et de gens des services de toxicomanie. En tant que comité, nous essayons d'appliquer un programme pour surveiller ces médicaments pour nous assurer qu'ils ne se retrouvent pas sur le marché noir et qu'ils ne causent pas les problèmes que nous connaissons à Miramichi. Je crois comprendre que le Maine éprouve le même problème, qui ne se limite pas à l'est du Canada et l'est des États-Unis.

Le sénateur Robertson: Je suis choquée par le dernier témoignage. Je ne me rendais pas compte de l'ampleur de la perte de contrôle. Faites-vous quelque chose à ce sujet avec les médecins et les pharmaciens actuellement ou essayez-vous seulement d'élaborer un modèle pour la province?

Le Cpl Gallagher: Nous élaborons un modèle pour la province. Nous avons intégré au comité des médecins et des pharmaciens pour recueillir leurs idées et essayer d'en arriver à un plan pratique. Nous pourrions ensuite pressentir notre gouvernement provincial pour essayer d'obtenir qu'il applique ce plan.

Le sénateur Robertson: Quel genre de personne obtient cette ordonnance? Est-ce une personne âgée ou un jeune?

Le Cpl Gallagher: Ce sont habituellement des jeunes. L'an dernier, nous avons fait enquête sur une personne de 60 ans qui avait consulté huit médecins différents au Nouveau-Brunswick en deux semaines pour obtenir des médicaments de prescription. De voir que nous avons au Nouveau-Brunswick de très bons comédiens qui peuvent tromper les médecins me fait souvent rire.

Le sénateur Robertson: C'est la première fois que ce problème est porté à notre attention. S'il existe au Nouveau-Brunswick, il doit également exister dans d'autres provinces. Le gouvernement fédéral devrait contribuer à structurer quelque chose. Il y a beaucoup de genres de lois qui entrent en jeu. Nous progressons dans certains domaines, même en ce qui concerne la protection de la vie privée qui est nécessaire dans certains de ces cas.

Poursuivez votre bon travail et nous essaierons de formuler une recommandation au gouvernement fédéral sur cette question. Je ne savais pas que les choses allaient mal à ce point.

Madame Keon, vous voulez les services intégrés, le programme d'assurance-médicaments et le programme de santé communautaire outre ce que nous avons maintenant. Les fonds, même pour ce que nous faisons maintenant dans les hôpitaux et au niveau des cabinets de médecins, se font très rares. Vous attendez-vous que le gouvernement fédéral en paie la totalité ou une partie? Quel genre de financement recommandez-vous?

Mme Keon: Il s'agirait peut-être fondamentalement de modifier la structure. La commission a évoqué l'idée d'une réforme des soins de santé primaires et de certains changements, ou d'éventuels changements au niveau des coûts, si celle-ci se concrétisait.

Je peux parler de ces pénuries par expérience. Nous connaissons une situation où il y a pénurie de professionnels des soins de santé, en particulier de médecins, et le temps est venu de commencer à reconfigurer le système pour élargir l'éventail des professionnels de la santé. Il y aurait certainement des répercussions sur le plan des coûts.

Senator Robertson: I appreciate that, and the reconfiguration of the system runs through a lot of interventions that we have had. There are those that say to get the money out of redesigning of the current system and a better use of resources. There is another school of thought that asks if we cannot get it there, where do we get it?

The assumption is that the federal government will add more money to the pot. There is no guarantee of that. If the redistribution did not find the money for you that is needed for the other programs, then where would you recommend that we find additional money?

Ms Keon: It may mean that we have to increase our spending.

Senator Robertson: It is important that we understand that the reconfiguration may not do the trick. People do not want participation fees or something similar. You either pay through taxes or you pay through your own program when all else fails.

Ms Keon: I think that Canadians do value health.

Senator Robertson: Yes, they value it a lot. You can see that from the lineups all over the country.

Mr. Jackson, some of us are familiar with your concerns with the snowbirds. It is frustrating to know that your campaign has had few results in some areas. What can we do to help convince the federal government? How do you want the federal government to act and how can we help that?

Mr. Jackson: We have had meetings with the federal minister's office on different occasions over the years. We have gone back to the provinces because the federal government, in meetings that we have had with staff and the minister over the years, they will concur that the provinces are breaking the law, but they have bigger fish to fry and do not want to take a heavy club with the provinces and enforce this issue.

We have even been applauded for going after the provinces doing their job, but if they do not do their job, then it will all come down like dominoes and every province will be in the same situation. If it was not legislation we would not be going after it, but what we would ask of you is to try to save face.

Minister Rock will say that he does not want to upset the province and he wants to do it on a consultative process. All he has to do is say, "You are reporting to us every year and by the looks of it here you are not adhering to this section of the Canada Health Act and we had better sit down." The act says that the minister will consult with the provinces, and if he cannot get results from that, he can withhold transfer payments. However, it is discretionary in nature.

We would like to see the federal government take responsibility and enforce the section of the act, as they would if I was breaking the law. If I have a handgun that is not legal, I will be in jail and it is a criminal offence. They are letting the provinces away with it.

Le sénateur Robertson: Je comprends cela, et la reconfiguration du système passe par beaucoup d'interventions que nous avons faites. Il y a ceux qui disent obtenir l'argent en reconfigurant le système actuel et en utilisant mieux les ressources. Selon une autre école de pensée, si on ne peut y trouver là l'argent, où allons-nous le trouver?

On part de l'hypothèse que le gouvernement fédéral injectera davantage d'argent. Nous n'en avons aucune garantie. Si la redistribution ne vous permet pas de trouver l'argent nécessaire pour les autres programmes, alors où pensez-vous que nous pourrions trouver des fonds additionnels?

Mme Keon: On pourrait devoir augmenter nos dépenses.

Le sénateur Robertson: Il est important que nous comprenions que la configuration peut ne pas donner de résultats. Les gens ne veulent pas verser de frais de participation ou quelque chose de semblable. Soit vous payez par le biais de vos impôts, soit vous payez par le biais de votre propre programme quand tout le reste échoue.

Mme Keon: Je crois que les Canadiens attachent beaucoup de valeur à la santé.

Le sénateur Robertson: Oui, ils y attachent beaucoup de valeur. On en a une idée en regardant les listes d'attente dans tout le pays.

Monsieur Jackson, certains d'entre nous connaissent bien vos préoccupations en ce qui concerne les retraités migrants. C'est frustrant de savoir que votre campagne a eu peu de résultats dans certains domaines. Que pouvons-nous faire pour vous aider à convaincre le gouvernement fédéral? Que voulez-vous que fasse le gouvernement fédéral et comment pouvons-nous vous aider?

M. Jackson: Nous avons rencontré le ministre fédéral à différentes occasions au fil des ans. Nous sommes retournés voir les provinces parce que le gouvernement fédéral, au cours des rencontres que nous avons eues avec le personnel et le ministre au cours des années, a admis que les provinces violent la loi, mais il a d'autres chats à fouetter et ne veut pas s'engager dans un bras de fer avec les provinces pour régler cette question.

On nous a même félicités pour avoir exigé des provinces qu'elles tassent leur travail, mais si elles ne le font pas, alors tout s'écroulera comme des dominos et chaque province restera dans la même situation. S'il ne s'agissait pas d'une mesure législative, nous ne ferions rien, mais ce que nous vous demandons est d'essayer de sauver la face.

Le ministre Rock dira qu'il ne veut pas embarrasser la province et qu'il veut procéder par voie consultative. Il n'a qu'à dire que d'après les rapports qu'elle fait chaque année au fédéral, on constate qu'elle ne respecte pas cet article de la Loi canadienne sur la santé et qu'il faut en discuter. La loi stipule que le ministre consulte les provinces et si cela ne donne aucun résultat, il peut retenir les paiements de transfert. C'est toutefois laissé à sa discrétion.

Nous aimerions que le gouvernement fédéral assume sa responsabilité et fasse respecter l'article de la loi, tout comme il le ferait si je violais la loi. Si j'ai en ma possession une arme de poing qui n'est pas licite, j'irai en prison parce que c'est une

We have spent tens of thousands of dollars suing the provinces and trying to make this right. We knew when we took on those three provinces, the best we could hope for was a declaratory statement saying, "The province is not conforming to this section of the Canada Health Act, but I do not have anything to say about it and cannot do anything about it." However, they were not prepared to do that. Ontario is the only province where we have had success in all three areas.

Senator Robertson: That is interesting. If only the Minister of Finance would be as lenient with some of us when they start collecting taxes. The law is the law is the law.

Would it be helpful if this committee at some point asked Minister Rock and his staff to come before us and try to straighten this out?

Mr. Jackson: Certainly. Anything that you could do to bring it to their attention and to show them the importance of it would be helpful.

Many people have the misconception that because snowbirds travel and are away that they are not paying their taxes. The reason that I am a member of the Canadian Snowbird Association and have been on the board since the first month is that the Government of New Brunswick tried in 1993 to change the maximum days out of country to 90, after which people would lose their medicare. When you lose your medicare, you have lost everything. You can pay a few thousand dollars for supplementary insurance, but if medicare does not pay, then your supplementary insurance will not pay because your medicare is your primary insurance.

Senator Robertson: We have heard from many seniors' associations in our wanderings around the country. It is a group of citizens that we have the greatest concern for. There are other groups, especially the children living in poverty and sick children, but our seniors have given so much to the country.

We know the burden that a lack of pharmacare is presenting to many of our citizens. We will continue to work very hard to make a difference.

In our province and all provinces across the country, we have a large number of unpaid informal caregivers, and they often hold the family together. Most times, it is a member of a family who gives up work or gives up many things to care for another member of the family, usually a senior. The wages paid to the other caregivers who are reimbursed for something are very small.

Have you any suggestion how we could perhaps ease the burden of the unpaid informal caregiver in the home? Right now they are not recognized, except with a good pat on the shoulder. Could we better direct some of the monies spent to give them encouragement? I refer to a program a few years ago where the

infraction criminelle. On laisse les provinces s'en tirer en toute impunité.

Nous avons dépensé des dizaines de milliers de dollars en poursuites contre les provinces pour essayer de redresser ce tort. Quand nous avons poursuivi ces trois provinces, nous savions que nous pouvions au mieux espérer obtenir une déclaration établissant que la province ne se conforme pas à cet article de la Loi canadienne sur la santé, mais qu'il n'y a rien qu'on ne puisse y faire. Cependant, elles n'étaient pas préparées à le faire. La seule province où nous avons obtenu du succès dans les trois domaines a été l'Ontario.

Le sénateur Robertson: Cela est intéressant. Le ministre des Finances devrait être aussi indulgent avec certains d'entre nous lorsqu'il perçoit les impôts. La loi c'est la loi.

Est-ce qu'il serait utile que notre comité invite à un moment donné le ministre Rock et son personnel à comparaître devant nous pour essayer de tirer cela au clair?

M. Jackson: Certainement. Tout ce qu'il serait possible de faire pour attirer leur attention sur la question et leur en démontrer l'importance serait utile.

Plusieurs personnes ont la fausse impression que les «snowbirds» ne paient pas d'impôt du fait qu'ils voyagent à l'étranger. Je suis membre de l'Association canadienne des «snowbirds» et je fais partie du conseil d'administration depuis le début, parce que le gouvernement du Nouveau-Brunswick a essayé en 1993 de réduire à 90 jours la période de temps pendant laquelle une personne pouvait séjourner à l'étranger sans perdre son droit au régime d'assurance-maladie. Celui qui perd ce droit perd tout. Vous pouvez payer quelques milliers de dollars pour une assurance supplémentaire, mais si le régime d'assurance-maladie ne paie pas, votre assurance supplémentaire ne paiera pas non plus parce que le régime d'assurance-maladie constitue votre assurance primaire.

Le sénateur Robertson: Nous avons entendu plusieurs associations de personnes âgées dans nos déplacements à travers le pays. Il s'agit là d'un groupe de citoyens pour lesquels nous nous préoccupons beaucoup. Il y a d'autres groupes, comme les enfants qui vivent dans la pauvreté et les enfants malades, mais les aînés ont tellement donné à ce pays.

Nous savons que l'absence d'un régime d'assurance-médicaments constitue un lourd fardeau pour plusieurs de nos citoyens. Nous allons continuer à travailler très fort pour changer les choses.

Dans notre province et dans toutes les provinces du pays, il y a un grand nombre de soignants officieux et non payés, et ce sont souvent eux qui maintiennent les liens familiaux. La plupart du temps, il s'agit d'un membre de la famille qui abandonne son travail et bien d'autres choses pour prendre soin d'un parent, habituellement un aîné. Les salaires payés aux soignants qui sont rémunérés pour leur service sont très minimes.

Pourriez-vous suggérer une façon d'alléger le fardeau de ces soignants officieux et non payés qui travaillent au foyer? Pour l'instant, on ne leur donne qu'une petite tape sur l'épaule pour tout remerciement. Ne pourrait-on pas mieux utiliser ces fonds pour les encourager davantage? J'ai à l'esprit un programme mis

federal government had financial help for families who wanted to add a granny apartment. I do not know if that is still going on or not. Have you ever thought of trying to get some help for these caregivers who are not remunerated at all?

Ms Eileen Malone, Member, New Brunswick Senior Citizens Federation Inc.: No. There are tax deductions, perhaps, of some method, but there is no compensation at the moment.

Senator Robertson: Could you take that question back to your association?

Ms Malone: We certainly will.

The Deputy Chairman: Is there a ministry in New Brunswick responsible for seniors that you directly work with?

Ms Malone: The Minister of Health also takes on the state of the seniors.

The Deputy Chairman: There is no specific designation?

Ms Malone: No. We also lack an advisory council, as they have in other provinces.

Senator Callbeck: Corporal Gallagher, are prescription drugs a bigger problem in the Miramichi than other parts of New Brunswick?

Cpl. Gallagher: No, I do not believe so. However, Miramichi is unique in that we do not see a problem with crack and we do not see a problem with heroin. It is not readily available. Prescription drugs are available and there is a large supply of them.

We also have a problem with other people shipping in their prescription pills. There are suppliers shipping in from Bathurst, Fredericton, Saint John and Shediac areas. I have talked to the other drug sections around the province. They have been focussing on the problems that they see as bigger problems such as crack cocaine. However, they do have a problem with prescription drugs.

Senator Callbeck: This been a big problem for a while; is that correct?

Cpl. Gallagher: No, not to my knowledge. I have been in drugs for nine years and I did not see this problem until two years ago. I would not know what Dilaudid was two years ago. It has caught on quickly.

For the user, it is attractive because for the first time they really know what they will get. The heroin or cocaine that they used before was always cut with other things. Dilaudid is government approved. They feel good using it. Many younger people are getting into it because they feel it cannot be dangerous because it is a prescription pill. This makes the problem that much worse.

en place il y a quelques années qui permettait au gouvernement fédéral d'aider financièrement les familles qui souhaitaient ajouter à leur résidence un appartement pour loger un grand-parent. Je ne sais pas si ce programme est toujours en vigueur. Avez-vous déjà cherché à obtenir de l'aide pour ces soignants qui ne perçoivent aucune rémunération?

Mme Eileen Malone, membre, Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.: Non. Ils peuvent peut-être bénéficier de déductions fiscales, mais ils ne reçoivent aucune autre compensation pour l'instant.

Le sénateur Robertson: Est-ce que vous pourriez poser cette question à votre association?

Mme Malone: Certainement.

Le vice-président: Existe-t-il un ministère responsable des aînés au Nouveau-Brunswick avec lequel vous pourriez travailler directement?

Mme Malone: Le ministère de la santé a aussi des responsabilités à l'égard des personnes aînées.

Le vice-président: Il n'a pas de responsabilité précise?

Mme Malone: Non. Nous n'avons pas non plus de conseil consultatif, comme il en existe dans les autres provinces.

Le sénateur Callbeck: Caporal Calligher, est-ce que les médicaments délivrés sur ordonnance créent de plus graves problèmes dans la région de Miramichi que dans les autres régions du Nouveau-Brunswick?

Cpl Calligher: Non, je ne crois pas. Par contre, Miramichi est unique du fait que nous n'avons détecté aucun problème relié à la consommation de crack ou d'héroïne. Il est difficile de s'en procurer. Les médicaments d'ordonnance sont disponibles et il y en a une grande quantité.

Nous avons aussi un problème du fait que certaines personnes envoient dans la région des médicaments d'ordonnance. Il y a des fournisseurs qui en envoient à partir des régions de Bathurst, de Fredericton, de Saint John et de Shediac. J'en ai parlé à d'autres sections antidrogues dans la province. Leurs efforts se concentrent sur les problèmes qui sont perçus comme étant les plus graves, comme le crack ou la cocaïne. Toutefois, les médicaments d'ordonnance posent aussi un problème.

Le sénateur Callbeck: Il s'agit là d'un gros problème depuis un certain temps, n'est-ce pas?

Le Cpl Gallagher: Non, pas à ma connaissance. Je travaille dans le secteur des narcotiques depuis 9 ans et ce problème n'est apparu qu'il y a deux ans. Je n'aurais pas su ce qu'était le Dilaudid il y a deux ans. Ce produit est rapidement devenu populaire.

Il s'agit d'un produit attrayant pour les utilisateurs du fait qu'ils peuvent pour la première fois vraiment savoir ce qu'ils consomment. L'héroïne ou la cocaïne qu'ils consommaient auparavant étaient toujours diluées avec d'autres produits. Le Dilaudid est approuvé par le gouvernement. Ils se sentent bien lorsqu'ils en consomment. Plusieurs jeunes personnes en consomment, croyant qu'il n'y a aucun danger du fait qu'il s'agit

Senator Callbeck: Have you talked to any other areas in Canada that are having this problem?

Cpl. Gallagher: No, I have not. I have talked to some people in B.C. about their pharmacare project with the pharmacies and some doctors' offices linked on a database to monitor the amount of prescription pills and who is issuing the pills. Those are the only people I have spoken to.

Mr. Jackson: We had meetings in Ontario with the Canadian Association of Chain Drug Stores and also with the Ontario Medical Association on these issues. There are problems across Canada with this. We had meetings less than three weeks ago with both organizations in regard to privacy and what can be done.

Senator Callbeck: Ms Keon, assume that there has to be increased spending for home care and prescription drugs. Do you feel that Canadians would be in agreement to pay more income tax for this?

Ms Keon: After the redesign and after looking at all issues, if there were no other answers, then they would be in agreement because health is valued.

Senator Callbeck: Mr. Jackson, you mentioned about Canadians being able to take a six-month drug supply out of the country and the time limit regulation changed from six months. What are you looking for there in that time regulation?

Mr. Jackson: Prior to 1990, every province in Canada allowed their residents to be absent from the province up to eight months. Today, there are very few people who would be away up to eight months. In 1990 the provinces changed it to six months. Newfoundland did not change, so they still allow eight months.

Quebec allows 21 days as many times as you want after you have been out of the country for six months. We convinced Ontario to change what they did. They gave an extra month, so you have to be physically present in Ontario for 153 days, but it is not restricted to Canada.

In Alberta and British Columbia, we were able to convince them that it is not right to be restricted to their provincial boundaries. They are saying, "You guys are getting over the hill or you are almost ready to die, and you had not better leave the province and go see your grandkids or what have you or we will take your medicare away from you." We were able to get Saskatchewan, Alberta and B.C. to change their regulation to state that you have to be physically present in Canada for six months out of the year after having been away for the six months, as long as you can prove you are a resident of that province.

d'un médicament d'ordonnance. Cela ne fait qu'exacerber le problème.

Le sénateur Callbeck: Avez-vous entendu parler d'autres régions au Canada qui font face à ce problème?

Le Cpl Gallagher: Non. J'ai communiqué avec certaines personnes en Colombie-Britannique concernant le projet de régime d'assurance-médicaments, en vertu duquel les pharmacies et certains bureaux de médecins seraient reliés à une base de données qui permettrait de surveiller la vente et la consommation de médicaments d'ordonnance. Ce sont les seules personnes à qui j'en ai parlé.

M. Jackson: Nous avons participé à des réunions en Ontario avec l'Association canadienne des chaînes de pharmacies et l'Ontario Medical Association concernant ces questions. Il y a des problèmes partout au Canada concernant cette question. Nous avons participé à des réunions il y a moins de trois semaines avec ces organismes pour discuter du droit à la vie privée et des mesures qui pourraient être prises.

Le sénateur Callbeck: Mme Keon, dans l'éventualité d'une augmentation des dépenses pour les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance, pensez-vous que les Canadiens seraient prêts à payer davantage d'impôts pour cela?

Mme Keon: Dans l'éventualité où il n'y aurait aucune autre solution une fois le système modifié et après avoir étudié toutes les possibilités, ils seraient d'accord parce qu'ils accordent beaucoup d'importance aux questions de santé.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Jackson, vous avez parlé de Canadiens qui pouvaient apporter avec eux à l'extérieur du pays un approvisionnement de six mois de médicaments et d'une modification à la réglementation relative au délai de six mois. Quels sont vos objectifs concernant la réglementation relative à ce délai?

M. Jackson: Avant 1990, toutes les provinces du Canada permettaient à leurs résidents de s'absenter de la province jusqu'à huit mois. Aujourd'hui, il n'y a que très peu de personnes qui pourraient s'absenter pendant huit mois. En 1990, les provinces ont réduit cette période à six mois. Terre-Neuve n'a pas modifié son règlement et autorise toujours une absence de huit mois.

Le Québec autorise un nombre illimité d'absences de 21 jours dans le cas de personnes qui ont déjà séjourné à l'extérieur du pays pendant six mois. Nous avons convaincu l'Ontario de modifier sa réglementation. Un mois supplémentaire a été autorisé, de sorte qu'il faut être physiquement présent en Ontario pendant 153 jours, mais cela ne s'applique pas qu'au Canada.

Nous avons pu convaincre l'Alberta et la Colombie-Britannique qu'il n'était pas juste d'imposer des restrictions en fonction des limites territoriales de la province. Ils nous disent, «Vous vous faites vieux et votre vie achève, vous ne devriez pas quitter la province pour aller visiter vos petits-enfants ou pour autre chose, sinon vous n'aurez plus droit au régime d'assurance-médicaments.» Nous avons réussi à convaincre la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique de modifier le règlement pour qu'il précise qu'il faut être physiquement présent au Canada pendant les six mois qui suivent un séjour de six mois à l'étranger,

We had what we call letters of comfort from Prince Edward Island, Alberta, who has since changed the regulations. Saskatchewan and Manitoba, stating that medicare was never intended to restrict travel within Canada. We had a meeting in Manitoba just a couple of weeks ago with the minister, and he said: "That is not a letter of comfort. If a minister gave you that, then it is policy." We are only trying to get those governments to change.

There should be no restriction to travel within Canada for a Canadian citizen. We are promoting mobility, free trade and global economies, but we want to keep everybody home. That is not right.

The very least you could expect is that people should be free to travel in this country. There was never a problem with the eight-month timeframe because few people would do that or abuse that. If they have gone away for their six months, I can go on for great lengths of the value of that.

The most money I spend all winter is the money I send back to Canada in taxes. Even though I am not here, we are paying for infrastructure and things that we are not using. Nobody is complaining about that. There should be some flexibility.

No province is really enforcing this, but if there was a catastrophic situation with somebody's health and they ran up a big bill and the province has that regulation that says you cannot be out of the province over six months, then you have to squeal on yourself because you have to sign a form like an affidavit swearing this is the truth. The regulations could deny you the claim. That is right.

Senator Callbeck: Is there any province where you can get your prescriptions filled for six months before you go away?

Mr. Jackson: Yes, in Ontario. The reason we have had more success in Ontario is that we have a larger membership base, Ontario being the largest province in Canada, and they were not concerned about the dispensing fee. What they said was, "Okay, we will allow you a 100-day supply." They have changed their regulations to say this. You can access the second 100-day supply if you are going away. That is not a problem.

There are other provinces that do allow the person to take prescription drugs with them. New Brunswick, for instance, talks about a seniors' drug program. The only seniors' drug program that we have is for people on a guaranteed income supplement. Anybody else has to provide his or her own program.

pourvu que vous puissiez prouver être résident de la province en question.

Nous avons reçu ce que nous appelons des lettres d'encouragement de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Alberta, qui a depuis modifié ses règlements, de la Saskatchewan et du Manitoba, précisant que le régime d'assurance-maladie n'a jamais été conçu pour empêcher les déplacements à l'intérieur du Canada. Nous avons participé à une réunion avec le ministre du Manitoba il y a quelques semaines où il a déclaré: «Il ne s'agit pas là d'une lettre d'encouragement. Si un ministre a dit cela, c'est qu'il s'agit d'une politique.» Nous ne cherchons qu'à convaincre ces gouvernements de modifier leur attitude.

Un citoyen canadien devrait pouvoir circuler partout à l'intérieur du Canada sans restriction. Nous faisons la promotion de la mobilité, du libre-échange et d'une économie mondiale, mais nous cherchons à empêcher les gens de sortir de chez eux. Ce n'est pas juste.

Vous pourriez vous attendre à tout le moins à ce que les gens soient libres de se déplacer dans notre pays. On n'a jamais eu de problème avec la restriction de huit mois parce que très peu de gens faisaient ça ou en abusaient. Si les gens s'absentent pour six mois, je pourrais vous parler longtemps de ce que cela représente comme valeur.

La plus importante somme que je dépense pendant tout l'hiver c'est l'argent que je renvoie au Canada pour mes impôts. Même si je ne suis pas ici, nous payons pour l'infrastructure et des choses que nous n'utilisons pas. Personne ne s'en plaint. Il devrait y avoir de la souplesse.

Aucune province ne l'applique vraiment, mais s'il devait y avoir une situation catastrophique, ou quelqu'un a d'énormes ennuis de santé et la province reçoit une grosse facture, la province a ce règlement qui dit que vous ne pouvez vous absenter plus de six mois de la province. Alors, vous vous dénoncez parce que vous devez signer un formulaire du type affidavit attestant que c'est la vérité. Les règlements pourraient vous priver de votre demande de remboursement. C'est correct.

Le sénateur Callbeck: Connaissez-vous une province où vous pouvez faire remplir vos ordonnances pour les six prochains mois?

M. Jackson: Oui, en Ontario. La raison qui explique nos succès en Ontario, c'est que nous avons énormément de membres là-bas, l'Ontario étant la plus grande province du Canada en fait de population, et les frais d'exécution ne les préoccupaient pas. Ils nous ont dit: «Très bien, nous allons vous donner un approvisionnement de 100 jours». Ils ont modifié leurs règlements pour préciser cela. Vous avez droit à un deuxième approvisionnement de 100 jours si vous partez en voyage. Il n'y a aucun problème.

Il y a d'autres provinces qui autorisent la personne à emporter ses médicaments d'ordonnance. Par exemple, le Nouveau-Brunswick parle d'un programme de médicaments pour personnes âgées. Le seul programme de médicaments pour personnes âgées que nous avons est destiné aux personnes qui reçoivent un supplément de revenu garanti. Toutes les autres doivent fournir leur propre programme.

Through our Blue Cross in New Brunswick you can access that second 100-day supply. You pay for it and they will reimburse you later. Manitoba will do the same thing. Every province has a little variation. There are some that are still sticking to the time limit out of the province and the prescription drug situation. We do not mean drugs like morphine and drugs like that. You will not give anybody a six-month supply of that.

I found out last year from a personal experience how important this is. I had what they call atrium fibrillation. I was in the hospital, and I had been taking Cumidin, which is a blood thinner, rat poison. I was on it for two months and my cardiologist said I could stop taking it. Four or five days later I had another attack of atrium fibrillation, not related to being off the Cumidin, and I was in the hospital for another nine days.

I was in there four days before my heart went back to a normal rhythm. They kept me in the hospital for another five days to get my blood down to a therapeutic level, and I said, "Why? It was at a therapeutic level. I just had it for two months right up until four or five days before I came in the hospital." The nurse told me that if you are without that drug for three days you have lost all the benefit it has gained. I am sure there are other drugs that work in the same way.

As Ontario said, "It makes good health sense to allow people to take the drugs with them that they have to have for their diabetes or heart or whatever."

Senator Callbeck: Your priority is to do more research on women. What particular areas of research will you focus on?

Ms Malone: Many of the research projects that have already been done, have been done on working men 40 to 60 years old. There is very little research done on senior women and the possibility of prevention of cancers and osteoporosis through various programs, for example, mobile clinics.

The University of New Brunswick is doing some research, and I work with St. Thomas on a research program that has both men and women. We are hoping that there will be more research to give us some indicators of the prevention of health conditions. We are finding that people are living longer and going back to work in their second phase of life, volunteering, and keeping active and healthy.

The Deputy Chairman: Corporal Gallagher, we have had people across the country speak on this issue, and sometimes it is to address different problems. Your problem is the abuse of a prescription drug. There are other areas in the country where people are over-prescribed because they go to doctors and they get confused about what they will be taking.

Au Nouveau-Brunswick, par l'entremise de la Croix Bleue, vous avez accès à un deuxième approvisionnement de 100 jours. Vous le payez et on vous rembourse plus tard. Le Manitoba va faire la même chose. Chaque province a une petite variante. Il y en a encore qui s'en tiennent à la limite de temps à l'extérieur de la province et à la question des médicaments d'ordonnance. Nous ne parlons pas de médicaments comme la morphine et des choses du genre. Vous ne donneriez jamais à qui que ce soit un approvisionnement de six mois d'un tel médicament.

J'ai appris d'expérience personnelle l'année dernière à quel point c'est important. J'ai eu ce qu'ils appellent une fibrillation de l'atrium. On m'a hospitalisé, et je prenais du Cumidin, un anticoagulant, du poison pour les rats. J'en ai pris pendant deux mois et mon cardiologue a dit que je pouvais cesser d'en prendre. Quatre ou cinq jours plus tard, j'ai eu une autre attaque de fibrillation de l'atrium, qui n'était pas reliée au fait que j'avais cessé de prendre le Cumidin, et on m'a hospitalisé de nouveau pour neuf jours.

Au bout de quatre jours, mon cœur était revenu à la normale. On m'a gardé cinq jours de plus pour ramener mon sang à un niveau thérapeutique. J'ai demandé «Pourquoi? Il était à un niveau thérapeutique. Il l'avait été pendant deux mois, jusqu'à quatre ou cinq jours avant mon hospitalisation». L'infirmière m'a dit que si je ne prenais pas mon médicament pendant trois jours, je perdais tout l'effet bénéfique acquis. Je suis convaincu qu'il y a d'autres médicaments qui agissent de la même façon.

Comme m'ont dit les autorités ontariennes: «C'est tout simplement logique sur le plan de la santé d'autoriser les gens à emporter les médicaments dont ils ont besoin pour contrôler leur diabète ou leurs problèmes cardiaques ou peu importe».

Le sénateur Callbeck: Votre priorité, c'est de faire de la recherche au sujet des femmes. Quels domaines particuliers de recherche allez-vous choisir?

Mme Malone: Un grand nombre des projets de recherche qui ont déjà été réalisés portaient sur les hommes de 40 à 60 ans. On a très peu fait de recherches sur les femmes âgées et la possibilité de prévention des cancers et de l'ostéoporose par le biais de divers programmes, par exemple, des unités sanitaires mobiles.

L'Université du Nouveau-Brunswick fait de la recherche, et je travaille avec St. Thomas dans le cadre d'un programme de recherche qui inclut des hommes et des femmes. Nous espérons qu'il y aura un peu plus de recherches pour nous donner des indicateurs de la prévention des conditions de santé. Nous nous rendons compte que les gens vivent plus vieux et retournent travailler dans la deuxième phase de leur vie, font du bénévolat et restent actifs et en santé.

La vice-présidente: Caporal Gallagher, nous avons eu des gens de partout au pays qui nous ont parlé de cette question, et parfois c'est pour des problèmes différents. Le problème que vous avez eu est une consommation excessive d'un médicament d'ordonnance. Il y a d'autres régions du Canada où des gens se font prescrire trop de médicaments parce qu'ils consultent des médecins et ne savent plus quels médicaments ils vont prendre.

An idea has been advanced by several witnesses that involves having, for lack of a better term, a health smart card that people would carry like they carry their social insurance number. It would have certain health information that would protect them. They could decide what kind of information was on there, but it would prevent people from going to four different doctors and four different sites and six different drug stores and getting prescriptions filled.

Has your police force looked into that model? There are examples in the United States where they have used that smart card process. Would that be of assistance to you in your work?

Cpl. Gallagher: Yes, it definitely would. We went public with this problem approximately two months ago. Since that time, we have had a public meeting in Miramichi and we have formed a committee. The committee met once this past week, and that idea was brought up at the meeting. It will be researched by some members of the committee and brought back to the table in two weeks' time for a report. It does look like a very good plan.

We also encourage continuing education for the doctors who prescribe these powerful narcotics. We have some people in the rural parts of the province who have been in practice for some time and perhaps do not know the seriousness of these drugs. With the smart card and some education, I think we can make a difference.

The Deputy Chairman: Mr. Jackson, in addition to the coverage, or lack of it, that is provided by some provinces, what is the average that a snowbird has to pay when they do not have other insurance such as Blue Cross? What is the average amount that you pay over and above?

Mr. Jackson: It depends on their age and health. The insurance program that we endorse has three levels: standard, preferred and preferred plus. The preferred plus is the cheapest. It would range anywhere from \$1,000 to \$15,000. Those people could afford it, and if they cannot afford it, they cannot go. That is my concern.

The things that I am arguing for on behalf of this association I could probably live without. If you have a government that will say, "You can only go out of the province 90 days or you lose your health care," it does not make any difference how much money you have. You are beat. The reason that I am arguing these points is for the people that cannot afford it. There are so many roadblocks.

When I was a young fellow there were only a handful of people in my community that could go to Florida for the winter. They were the more affluent of our society. In the last few years, anybody could go and that was great. They should go wherever they want to go. The pendulum is now swinging the other way where it is getting to the point where it will just be the affluent that will be able to afford to go. That is unfortunate because it should not be that way.

Plusieurs témoins ont proposé, à défaut d'un meilleur terme, une carte à puce de santé que les gens ont sur eux, comme leur numéro d'assurance sociale. Cette carte comporterait certains renseignements de santé qui les protégeraient. Ils décideraient des renseignements qui y sont enregistrés, mais la carte empêcherait les gens de voir quatre médecins différents et quatre emplacements différents et quatre pharmacies différentes et de faire remplir des ordonnances.

Est-ce que votre service de police a étudié ce modèle? Il y a des endroits aux États-Unis où on a utilisé cette carte à puce. Est-ce que cela vous aiderait dans votre travail?

Le Cpl Gallagher: Oui, très certainement. Nous avons rendu ce problème public il y a environ deux mois. Depuis, nous avons eu une assemblée publique à Miramichi et nous avons constitué un comité. Le comité s'est réuni une fois la semaine dernière et cette idée a été mentionnée lors de la réunion. Des membres du comité feront des recherches à ce sujet et en feront rapport dans deux semaines. Cela semble un très bon plan.

Nous encourageons aussi l'éducation permanente pour les médecins qui prescrivent ces médicaments puissants. Nous avons des médecins dans les régions rurales de la province qui pratiquent depuis un certain temps déjà et qui ne sont peut-être pas au courant de la gravité de ces médicaments. Avec l'aide de la carte à puce et d'un peu d'éducation, je pense que nous pouvons faire une différence.

La vice-présidente: Monsieur Jackson, outre la protection, ou le manque de protection, fournie par certaines provinces, quel montant en moyenne doit verser un retraité migrateur lorsqu'il n'a pas d'autres assurances comme la Croie Bleue? Quelle somme en moyenne payez-vous en sus?

M. Jackson: Tout dépend de l'âge et de l'état de santé. Le programme d'assurance que nous entérinons comporte trois niveaux: standard, privilégié et privilégié plus. Le privilégié plus est celui qui coûte le moins cher. Il serait de l'ordre de 1 000 à 15 000 \$. Ces gens pourraient se le permettre, et s'ils ne peuvent pas se le permettre, ils ne partent pas. C'est ma préoccupation.

Les choses que je défends au nom de l'association sont des choses dont je pourrais probablement me passer. Si votre gouvernement dit: «Vous ne pouvez vous absenter de la province que 90 jours, sinon vous n'avez plus droit à vos soins de santé», peu importe l'argent que vous avez, ça n'a pas d'importance. Vous êtes cuit. La raison pour laquelle je défends ces points, c'est pour ceux qui ne peuvent pas se le permettre. Les obstacles sont tellement nombreux.

Lorsque j'étais jeune, seulement quelques personnes dans ma collectivité pouvaient aller en Floride pendant l'hiver. C'était évidemment les plus riches. Depuis quelques années, n'importe qui pouvait y aller et c'était fantastique. Les gens devraient pouvoir aller là où ils veulent. Le pendule est maintenant de l'autre côté, c'est-à-dire que seuls les plus riches pourront se le permettre. C'est malheureux car cela ne devrait pas être ainsi.

There are many other things aside from what we are speaking about that do not amount to much when you have the overall picture, but it only takes the last nail in the coffin, so to speak.

There is the exchange on the dollar, your high cost of your out-of-country insurance and the low interest rates being paid, so people are finding it more difficult.

The Deputy Chairman: It is only the last two years that my mother, who is now 91, has been in a care facility. Before that, she had at least 15 years of high quality life and I am convinced it was because she went to Florida.

We appreciate each of you taking the time to let us have your views. We have had an avalanche of information, but we read this all of this material and we have good researchers who, if we happen to miss some of it, point it out to us. It will all make its way into our report and recommendations.

I would ask the next set of witnesses to come to the table. We have a couple of familiar faces here, including, from the Canadian Union of Public Employees in New Brunswick, Raymond Léger. I think we saw him yesterday. We have Mr. Rex Guy, who is the National President of the Federal Superannuates Association. I saw him at the annual meeting in Ottawa. I actually addressed that association. From the Union of New Brunswick Indians we have Wanda Paul Rose and Nelson Solomon, director of health. We have Roxanne Tarjan, director general of the Nurses Association of New Brunswick.

I would ask each of you to briefly introduce yourselves and then we will go straight to questions. I will start with Mr. Rex Guy from the Federal Superannuates.

Mr. Rex G. Guy, National President, Federal Superannuates National Association: Madam Chair, as you mentioned, we had the pleasure of listening to you at our triennial convention this August. I am pleased to report that the membership was very impressed with your presentation and with the important work that this committee is doing.

I am the national president of the Federal Superannuates National Association. With me is our research officer in health matters, Roger Heath. Also present, behind me, is the regional director for Nova Scotia with several members of the local branch, so we are here in a fair degree of strength.

The association, as you are aware, represents those retired from the public service of Canada, the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police. We have more than 120,000 members across the country in 80 branches. We are vitally interested in the matters under discussion here. I do have a presentation for you, which you have told me I am not allowed to present, but we will stand by for questions when our turn comes.

Il y a de bien nombreux autres aspects, à part ceux dont nous parlons, qui n'ont pas beaucoup d'importance quand vous prenez la vue d'ensemble, mais c'est le dernier clou dans le cercueil, en quelque sorte.

Il y a le taux de change, le coût élevé de votre assurance à l'extérieur du pays et les faibles taux d'intérêt versés, de sorte que les gens trouvent cela plus difficile.

La vice-présidente: Cela ne fait que deux ans que ma mère, qui a 91 ans, est dans un établissement de soins. Auparavant, elle a joui d'au moins 15 années de grande qualité de vie et je suis convaincue que c'est parce qu'elle allait en Floride.

Nous vous remercions chacun d'avoir pris le temps de venir nous faire part de vos opinions. Nous avons reçu une avalanche de renseignements, mais nous avons tout lu et nous avons d'excellents attachés de recherche qui, si nous ratons quelque chose, nous le signaleront. Ces renseignements vont se retrouver dans notre rapport et nos recommandations.

Je demanderais au groupe de témoins suivant de s'avancer à la table. Nous reconnaissons quelques visages familiers, notamment, du Syndicat canadien de la fonction publique au Nouveau-Brunswick, Raymond Léger. Je pense que nous l'avons rencontré hier. Nous avons M. Rex Guy, le président de l'Association nationale des retraités fédéraux. Je l'ai rencontré à l'assemblée annuelle à Ottawa. J'ai d'ailleurs prononcé une allocution à l'occasion. De l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick nous avons Wanda Paul Rose et Nelson Solomon, directeur de la santé. Nous accueillons Roxanne Tarjan, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Je demanderais à chacun et chacune d'entre vous de se présenter et nous passerons directement aux questions. Je vais commencer par M. Rex Guy, des retraités fédéraux.

M. Rex G. Guy, président national, Association nationale des retraités fédéraux: Madame la présidente, tel que vous l'avez mentionné, nous avons eu le plaisir de vous entendre lors de notre congrès triennal en août dernier. Je suis heureux de signaler que les membres ont été vivement impressionnés par vos propos et par le travail important que fait votre comité.

Je suis le président national de l'Association nationale des retraités fédéraux. Roger Heath, notre agent de recherche pour les questions de santé, m'accompagne. Également, derrière moi, se trouvent le directeur régional pour la Nouvelle-Écosse ainsi que plusieurs membres de la section locale. Nous avons donc une assez bonne délégation.

L'association, comme vous le savez, représente les pensionnés de la fonction publique, des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada. Elle compte plus de 120 000 membres répartis en 80 sections à travers le Canada. Les questions dont vous traitez nous intéressent au plus haut point. J'ai un exposé à votre intention, que je ne suis pas autorisé à vous présenter m'a-t-on dit, mais nous sommes prêts à répondre à vos questions le moment venu.

The Deputy Chairman: I should point out that I know some of you people spend some time in Ottawa and we will be having further hearings there. Many of you may, in fact, be invited back.

Mr. Guy: I might add that we have presented the committee with a brief.

The Deputy Chairman: That is right. I will now turn to Mr. Solomon and Wanda Paul Rose from the Union of New Brunswick Indians.

Ms Wanda Paul Rose, Coordinator, Union of New Brunswick Indians: Honourable senators, the Union of New Brunswick Indians represents roughly 10,000 Aboriginal people from 14 Mi'kmaq and Maliseet First Nations. Aboriginal people of those First Nations living off reserve also come under the auspices of the Union of New Brunswick Indians. The New Brunswick First Nations represented are Eel Ground, Indian Island, Fort Folly, Kingsclear, St. Mary's, Eel River Bar, Bouctouche, Woodstock, Oromocto, Madawaska Maliseet, Pabineau and the Red Bank. UNBI also represents Lennox Island and Abegweit, which are the First Nations from Prince Edward Island.

The activities of the Union of New Brunswick Indians are directed by the chiefs of these 14 First Nations.

The Deputy Chairman: I will now turn to Roxanne Tarjan, director general of the Nurses Association of New Brunswick. Of course, we do have your brief, Roxanne.

Ms Roxanne Tarjan, Director General, Nurses Association of New Brunswick: The Nurses Association of New Brunswick welcomes this opportunity. As the executive director, I am here representing 8,700 nurses in the province of New Brunswick. We have submitted a brief. While we have a variety of opinions on the reorganization of the health care system for the future, we have focused on three areas: primary health care, funding, and nursing human resources. I am sure you will identify the details and address any areas in which you are interested. Thank you.

The Deputy Chairman: Dr. Margaret Dykeman, from the Faculty of Nursing, University of New Brunswick, also made an excellent presentation this morning.

Last but not least, we see a familiar face from yesterday, when we were talking about Prince Edward Island. Today, it is New Brunswick. Mr. Léger, would you please proceed?

[Translation]

Mr. Raymond Léger, Research Representative, New Brunswick Government Employees Union: The head of the New Brunswick Government Employees Union, Ms Susan Barton, was called away to Ottawa on urgent business. It is interesting to note the number of women senators on this committee. It would be nice to have a better balance in the House of Commons.

La vice-présidente: Je dois signaler que je sais qu'il y en a un certain nombre d'entre vous qui viennent à Ottawa et que nous tiendrons d'autres audiences là-bas. En fait, un bon nombre d'entre vous pourraient être invités de nouveau.

M. Guy: J'ajouterais que nous avons remis au comité un mémoire.

La vice-présidente: C'est exact. Je vais maintenant passer à M. Solomon et à Wanda Paul Rose de l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick.

Mme Wanda Paul Rose, coordinatrice, Union des Indiens du Nouveau-Brunswick: Honorables sénateurs, l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick représente quelques 10 000 Autochtones de 14 Premières nations micmaques et malécites. Les Autochtones de ces Premières nations qui vivent hors réserve relèvent également de l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick. Les Premières nations du Nouveau-Brunswick représentées sont Eel Ground, Indian Island, Fort Folly, Kingsclear, St. Mary's, Eel River Bar, Boutouche, Woodstock, Oromocto, Madawaska Maliseet, Pabineau et Red Bank. L'UINB représente également Lennox Island et Abegweit, qui sont des Premières nations de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les activités de l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick sont sous la direction des chefs de ces 14 Premières nations.

La vice-présidente: Je cède maintenant la parole à Roxanne Tarjan, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. Évidemment, nous avons votre mémoire, Roxanne.

Mme Roxanne Tarjan, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick: L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est heureuse de l'occasion qui lui est donnée. En tant que directrice exécutive, je représente 8 700 infirmières et infirmiers de la province du Nouveau-Brunswick. Nous vous avons fait parvenir un mémoire. Bien que nous ayons diverses opinions sur la réorganisation du système de soins de santé pour l'avenir, nous nous sommes concentrés sur trois secteurs: les soins de santé primaires, le financement, et les ressources humaines en soins infirmiers. Je suis convaincue que vous identifierez les détails et aborderez les domaines qui vous intéressent. Merci.

La vice-présidente: La Dre Margaret Dykeman, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Nouveau-Brunswick, a également fait un excellent exposé ce matin.

Le dernier mais non le moindre, M. Léger, que nous avons vu hier alors que nous parlions de l'Île-du-Prince-Édouard. Aujourd'hui, c'est le Nouveau-Brunswick. Monsieur Léger, vous avez la parole.

[Français]

M. Raymond Léger, représentant de la recherche, Syndicat canadien de la fonction publique du Nouveau-Brunswick: La présidente des Syndicats canadiens de la fonction publique du Nouveau-Brunswick, Mme Susan Barton a dû s'excuser pour se rendre à Ottawa d'urgence. Il est intéressant de voir qu'il a surtout des femmes sénateurs dans ce comité. Il serait bien d'avoir un meilleur équilibre à la Chambre des communes.

The health care sector of the New Brunswick Government Employees Union represents primarily workers in hospitals and health care facilities as well as ambulance workers. In some regions, this service is provided by private operators. We also represent workers in a dozen or so facilities for persons with disabilities.

Briefly, our submission focusses primarily on hospitals and health care facilities where funding and service delivery problems have been identified. We continue to be deeply concerned about the direction these sectors have taken as a result of these problems. The same phenomenon has also been noted in long-term care facilities for seniors. The workload continues to increase in these sectors.

Because this public sector is overburdened, a lack of adequate care has been observed. For example, in the section of our brief dealing with long-term care for seniors, reference is made to studies conducted in the United States which show that patients receive a minimum of 3.5 hours of care per day in that country, as compared to only 2.5 hours of care per day in New Brunswick.

Compare this to the criteria used by the Department of Veterans Affairs. The federal government allocates funds to the province or to hospital corporations like the one in Moncton where in terms of funding, considerably more hours of care per patient are provided.

In conclusion, we point to the danger of privatizing facilities. For instance, it cost \$20 more to feed a patient at the hospital in Saint John because this is a private facility. The cost is significantly lower in Moncton, because the hospital is a public facility.

[English]

Senator Cook: I have a question for Wanda Paul Rose or Mr. Solomon. I notice on page 4 of your brief, where you talk about education for Aboriginal people, you say, "Our people should be able to benefit from the federal millennium scholarship program and at present they are not." Would you share with us why that is?

Mr. Norville Getty, Consultant, Union of New Brunswick Indians: The current problem is that the people who qualify for millennium scholarships are those who have student loans, and the millennium scholarships are credited against their loans. Aboriginal people do not usually require student loans in order to attend school. Therefore, they are not considered for the millennium scholarships.

Senator Cook: Are you saying that the only people who are eligible to apply for the millennium scholarship program are those with existing student loans?

Mr. Getty: As I understand it, the people who qualify for millennium scholarships have received student loans and scholarship funds are usually credited against those.

Senator Cook: Existing student loans?

Mr. Getty: That is right.

Senator Cook: I find that astounding.

Le Syndicat canadien de la fonction publique du Nouveau-Brunswick dans le secteur de la santé représente surtout des personnes qui travaillent dans les hôpitaux, les foyers de soins et dans le secteur des ambulanciers où l'on retrouve des opérateurs privés dans certaines régions. Nous représentons également une dizaine de foyers pour les personnes handicapées.

Brièvement, notre mémoire fait référence surtout aux secteurs hospitaliers et des foyers de soins où l'on retrouve des problèmes de financement ainsi que de prestation de services. Suite à ces problèmes, la direction prise par ces secteurs demeure une préoccupation très importante pour nous. On retrouve le même phénomène dans les foyers de soins à long terme pour les personnes âgées. Dans ce secteur, on constate une surcharge de travail toujours croissante.

Le résultat d'une surcharge de travail dans le secteur public mène à un manque de soins adéquats. Par exemple, dans notre mémoire au volet des soins à longs termes pour les personnes âgées on se réfère à des études, en particulier, aux États-Unis qui indiquent que l'on doit consacrer aux patients au moins 3.5 heures par jour, alors qu'au Nouveau-Brunswick, on leur consacre que 2.5 heures.

On fait la comparaison des critères utilisés par le ministère des Anciens Combattants. Le fédéral alloue des fonds à la province ou à des corporations hospitalières comme à Moncton où ils donnent beaucoup plus d'heures par patient en terme de financement.

Pour conclure, on mentionne le danger de la privatisation des institutions. Par exemple, nourrir un patient à l'hôpital de Saint-Jean coûte plus de 20 dollars par jour parce que c'est un service privé, et dans les hôpitaux de Moncton, cela est beaucoup moins cher parce qu'on a gardé le service publique.

[Traduction]

Le sénateur Cook: J'ai une question pour Wanda Paul Rose ou M. Solomon. Je constate à la page 4 de votre mémoire où vous parlez de l'éducation pour les Autochtones, que vous dites: «Nos peuples devraient avoir droit aux bourses d'études canadiennes du millénaire, mais ce n'est pas le cas pour l'instant». Pourriez-vous nous dire pourquoi c'est ainsi?

M. Norville Getty, expert-conseil, Union des Indiens du Nouveau-Brunswick: Le problème actuel est que les personnes qui se qualifient pour les bourses d'études du millénaire sont celles qui ont des prêts étudiants, et les bourses sont créditées à leurs prêts. Habituellement, les Autochtones n'ont pas besoin de prêts étudiants pour leurs études. Par conséquent, on ne les considère pas pour les bourses du millénaire.

Le sénateur Cook: Me dites-vous que les seules personnes admissibles aux bourses d'études canadiennes du millénaire sont celles qui ont des prêts étudiants?

M. Getty: Selon ce que je comprends, les personnes qui se qualifient pour les bourses du millénaire ont reçu des prêts étudiants et les bourses s'appliquent habituellement à ces prêts.

Le sénateur Cook: Aux prêts étudiants actuels?

M. Getty: C'est exact.

Le sénateur Cook: Je trouve cela étonnant.

Senator Robertson: I did not know that. That is an interesting piece of information on our Aboriginal students.

I have another question, either for Mr. Solomon or you, sir. One of the recommendations of the Royal Commission on Aboriginal Peoples is to develop a strategy to deal with health concerns. Are we getting anywhere? Are we starting to make progress with the recommendations that came out of that commission?

Mr. Getty: My understanding, Senator Robertson, is that the only department of the federal government that is doing anything about the recommendations of the royal commission is the Department of Indian Affairs. The Department of Health has not really taken the issue to heart.

Senator Robertson: Thank you very much for that. I have one other question to either of you. How many of our younger native people in New Brunswick have been trained and are involved in the delivery of health care? I am speaking of doctors, nurses, nursing assistants, lab technicians, et cetera. Do you have an approximate number if you do not have exact data?

Mr. Nelson Solomon, Director of Health, Union of New Brunswick Indians: We have one doctor and probably about a half a dozen nurses.

Senator Robertson: Do you think that your communities would be better served if there were a higher percentage of trained young people working with their own people?

Mr. Solomon: Yes, they would.

Senator Robertson: Do the commission's recommendations give you any ideas on how to proceed? If you have not heard from Department of Health, I assume that they have not suggested anything. Would that be correct? It seems to me that would be a logical step forward.

Mr. Getty: I do not think the royal commission's report really dealt with that to any great degree. It dealt generally with improving education and some of the education issues, but it did not zero in on one particular profession or health category.

Senator Robertson: Mr. Léger, we have met with a number of CUPE people in the last year or so. I think I know your views rather well from reading different position papers. I want to ask you the same question I asked someone else from CUPE. There is an expanded list of health care services that you would like to see in the communities, as I understand it, including pharmacare, community health services and others. There was a list in one of the proposals that we received. How do you propose to pay for those additional services?

Mr. Léger: How to pay for them is certainly a problem, since in some areas, if we do not funnel in more money we are in danger of losing what we have. In our brief, probably for P.E.I. and New Brunswick, we are saying some of the direct patient care is being eroded, so there is a real danger there. We even quote one

Le sénateur Robertson: Je ne le savais pas. C'est un renseignement intéressant au sujet de nos étudiants autochtones.

J'ai une autre question, soit pour M. Solomon ou pour vous, monsieur. Une des recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones est d'élaborer une stratégie sur les préoccupations dans le domaine de la santé. Y a-t-il du nouveau? Y a-t-il des progrès quant aux recommandations de la commission?

M. Getty: Que je sache, madame le sénateur, le seul ministère fédéral qui fasse quoi que ce soit au sujet des recommandations de la commission royale est le ministère des Affaires indiennes. Le ministère de la Santé ne s'est pas vraiment préoccupé de la question.

Le sénateur Robertson: Merci beaucoup de cette information. J'aurais une autre question pour l'un de vous. Combien de nos jeunes autochtones au Nouveau-Brunswick ont suivi une formation ou oeuvrent dans le domaine de la prestation des soins de santé? Je parle de médecins, d'infirmiers et d'infirmières, d'infirmières auxiliaires autorisées, techniciens ou techniciennes de laboratoire, et tout le reste. Avez-vous un nombre approximatif, si vous n'avez pas le chiffre exact?

M. Nelson Solomon, directeur de la santé, Union des Indiens du Nouveau-Brunswick: Nous avons un médecin et probablement une demi-douzaine d'infirmières.

Le sénateur Robertson: Pensez-vous que vos collectivités seraient mieux desservies s'il y avait un plus fort pourcentage de jeunes qui étaient formés pour travailler avec les leurs?

M. Solomon: Oui, en effet.

Le sénateur Robertson: Est-ce que les recommandations de la commission vous donnent des idées sur la façon de faire? Si vous n'avez pas entendu parler du ministère de la Santé, je suppose qu'il n'y a rien proposé. Est-ce le cas? Cela me semble logique.

M. Getty: Je ne pense pas que le rapport de la commission royale traitait vraiment de cette question. Il portait de façon générale sur l'amélioration de l'éducation et de certaines questions liées à l'éducation, mais il ne parlait pas d'une façon précise d'une profession ou d'une catégorie de la santé.

Le sénateur Robertson: Monsieur Léger, nous nous sommes rencontrés avec certains représentants du SCFP au cours des 12 derniers mois environ. Je pense connaître vos opinions assez bien pour avoir lu différents exposés de principes. J'aimerais vous poser la même question que j'ai posée à quelqu'un d'autre du SCFP. Il existe une liste élargie des services de soins de santé que vous aimeriez voir dans les collectivités, si je comprends bien, notamment l'assurance-médicaments, les services de santé communautaire et d'autres. Une des propositions que nous avons reçues comportait une liste. Comment vous proposez-vous de payer pour ces services supplémentaires?

M. Léger: Payer pour ces services est certainement un problème étant donné que dans certaines régions, si nous n'y envoyons pas plus d'argent, nous risquons de perdre ce que nous avons. Dans notre mémoire, probablement celui pour l'I.-P.-É. et le Nouveau-Brunswick, nous disons qu'il y a érosion d'une partie

of the ministers of health from this province saying that one of the causes is new technology. If you buy an MRI or some other new technology, there is a capital cost, but there is also a cost to running all of that new machinery. Therefore, we feel that the extra money should be provided, and it is a question of priorities, particularly for the federal government. We think that they have to play a key role.

Now there are other examples, such as the one illustrated in the table in our brief. It shows that when New Brunswick lost money from the federal government, they continued to increase the overall budget for health. You will see that in some sectors, particularly hospitals and ambulances, it went up quite substantially, while in others, such as care of older people in nursing homes, the budget basically stayed the same. In fact, when you take inflation into account, it was reduced. Some provinces, because it was a priority, replaced the money that they lost from the federal government. It had no devastating effect. We think that the federal government could also funnel a little more money to health. At the same time, we are opposed to the tax cuts, for example, that are happening everywhere. We think that those are not good at a time when we need money for health in particular, because this is the priority of most Canadians. I think it is possible to achieve a balancing act by putting more money into health. At the same time, we think there are other areas of taxation where it is possible to raise those revenues. We do not suggest that we go into massive debt, but at the same time, there is a balancing act that is always possible to achieve if you set health as a priority. I think that health has to be the focus and the priority.

Senator Robertson: Well, given that there used to be a 50/50 sharing between the federal government and the provincial governments when we first started out, and it is now down to an average of 17 per cent, and in some provinces as low as 11 per cent, what role do you see for the federal government? Has your union asked for a fixed position on federal financing? What role should the federal government play?

Mr. Léger: Our union's recent position has not been for a return to fixed financing. We opposed its removal way back, but then it became sort of an impossible task to bring it back. Certainly, we are really concerned about some of the work coming out of the Canadian Institute for Health Information, putting everything in terms of 1992 dollars. When you look at that, there is either a decrease, or the same spending pretty well everywhere, be it on the federal side or the provincial side. That makes it impossible to do what needs to be done in health. There has to be a formula to keep increasing the budget to at least keep up with inflation, and also to cover the losses. You will see, in some of the tables we have done for P.E.I. and New Brunswick, when there are a few years with big losses, even though it increases after, it is hard to keep up the same services without new money.

des soins directs aux patients de sorte qu'il y a vraiment danger. Nous citons même un des ministres de la Santé de cette province qui dit que l'une des causes est la nouvelle technologie. Si vous achetez une IRM ou une autre nouvelle technologie, cela entraîne une dépense en immobilisations, mais il y a aussi un coût associé au fonctionnement de toutes ces nouvelles machines. Par conséquent, nous estimons que des sommes additionnelles devraient être fournies, et c'est une question de priorité, particulièrement pour ce qui est du gouvernement fédéral. Nous croyons qu'il doit jouer un rôle important.

Il y a d'autres exemples, tel celui illustré dans le tableau de notre mémoire. Il indique que lorsque le Nouveau-Brunswick a perdu de l'argent au profit du gouvernement fédéral, la province a continué d'augmenter son budget global de la santé. Vous constaterez que dans certains secteurs, en particulier les hôpitaux et les ambulances, il y a eu une forte augmentation tandis que dans d'autres, comme les soins aux personnes âgées dans des maisons de soins infirmiers, le budget est demeuré essentiellement le même. En fait, si vous tenez compte de l'inflation, il a diminué. Parce que c'était une priorité, certaines provinces ont remplacé l'argent perdu au profit du gouvernement fédéral, ce qui n'a pas provoqué d'effets dévastateurs. Nous croyons que le gouvernement fédéral pourrait consacrer un peu plus d'argent à la santé. En même temps, nous nous opposons aux réductions d'impôts, par exemple, qui se font partout. Nous estimons que la conjoncture ne s'y prête pas, alors que nous avons besoin d'argent dans la santé en particulier, parce que c'est la priorité pour la plupart des Canadiens. Je pense qu'il est possible de parvenir à un équilibre en consacrant plus d'argent à la santé. En même temps, nous pensons qu'il y a d'autres secteurs d'imposition qui permettraient d'obtenir ces recettes. Nous ne proposons pas un déficit énorme, mais en même temps, il est toujours possible de parvenir à un équilibre si vous dites que la santé est une priorité. Je pense que la santé doit être la priorité.

Le sénateur Robertson: Compte tenu qu'à l'origine il y avait un partage à parts égales entre le gouvernement fédéral et les provinces, et que c'est maintenant descendu à une moyenne de 17 p. 100, et dans certaines provinces 11 p. 100, quel rôle concevez-vous pour le gouvernement fédéral? Est-ce que votre syndicat a demandé une position ferme à l'égard du financement fédéral? Quel rôle devrait jouer le gouvernement fédéral?

M. Léger: La récente position de notre syndicat n'a pas été de revenir à un financement fixe. Nous nous sommes opposés à son retrait il y a bien des années, mais c'est alors devenu pratiquement impossible de le ramener. Nous nous inquiétons vraiment de certaines données produites par l'Institut canadien d'information sur la santé, qui convertit tout en dollars de 1992. Si vous examinez tout cela, il y a soit une diminution, soit les mêmes dépenses à peu près partout, que ce soit du côté fédéral ou du côté provincial. Il devient impossible de faire ce qu'il faut dans le domaine de la santé. Il faut qu'il y ait une formule qui permette de faire augmenter continuellement le budget, à tout le moins qu'il suive l'inflation, et aussi pour couvrir les pertes. Vous verrez, dans certains tableaux que nous avons produits pour l'I.-P.-É. et le Nouveau-Brunswick, lorsqu'il y a quelques années avec des pertes importantes, même s'il y a augmentation par la suite, c'est

Senator Robertson: Almost impossible.

I have one quick question for Roxanne Tarjan. With the need for greater integration of health professionals, where nurses will do more of the work that the family practice does now, and perhaps nursing assistants will do more of what you are doing, there is a firm belief that a different structure would help to relieve the shortage of staff in some ways. Has your association had any success in approaching these issues, for instance, with the medical association or the RNAs? Have you moved in that direction yet?

Ms Tarjan: That dialogue goes on continuously. There certainly is progress. I believe the motivation of all health care providers in the system is to ensure the quality and safety of care for the clients. I think that if you separate the issue of evolving scope of practice from the concepts and the principles on which the health care system will be organized, it loses its flavour. We believe strongly that we will not have a sustainable health system in Canada unless we adopt the principles of primary health care.

If I can build on the comments of the other witness about financing, there is a large body of research out there that supports the idea that unless we are ready to invest in a system that moves away from expert-centred, illness-focused care to client-centred, wellness-focused care that includes a comprehensive cadre of programs to address health promotion, wellness, and restorative and supportive care, we will not get there.

We read your information, and the Senate committee has done an enormous amount of work. It must be commended. We were concerned about the balance of the outcomes from the National Forum on Health. Canadians, whether they were ordinary citizens or experts, participated in that exercise. They validated the principles of the design of a health care delivery system in this country and expanded on them. It is based on that one principle of who we want to be as Canadians. We want to live in a society where everyone has equal access, irrespective of ability to pay. We always come up against this barrier of how will we pay for it. I do not believe we fully engaged the citizens of this country in talking about what it will cost us to achieve that, and then how that investment will bring benefits, reduce the need for high-cost health care services, and create healthier Canadians.

The Deputy Chairman: We have heard that statement from coast to coast. It does not really matter what province you are in, that summarizes the viewpoint of a lot of people.

Senator Cook: Mr. Solomon, I am looking at your brief here where you tell us that you represent roughly 10,000 Aboriginal people, and yet I hear that out of that population has come one doctor and several nurses. I am wondering if you could share with

difficile de continuer de fournir les mêmes services sans nouvel argent.

Le sénateur Robertson: Presque impossible.

J'ai une petite question pour Roxanne Tarjan. Compte tenu de la nécessité d'une plus grande intégration des professionnels de la santé, dans le cadre de laquelle les infirmiers et infirmières accompliront davantage que la pratique familiale à l'heure actuelle, et que les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés accompliront davantage que ce que vous faites, on croit fermement qu'une structure différente aiderait à soulager la pénurie de personnel de certaines façons. Votre association a-t-elle réussi à discuter de ces questions, par exemple, avec l'Association médicale ou les IAA? Avez-vous fait des pas dans cette direction?

Mme Tarjan: C'est un dialogue permanent. Il y a évidemment des progrès. Je pense que ce qui anime tous les prestataires des soins de santé d'un système, c'est de garantir la qualité et la sécurité des soins aux clients. Je pense que si vous séparez la question du champ d'activité qui évolue des notions et principes sur lesquels le système de soins de santé sera organisé, il perd son cachet. Nous croyons fermement que nous n'aurons un système de santé viable au Canada que si nous adoptons les principes liés aux soins de santé primaires.

Si je peux reprendre les observations d'autres témoins au sujet du financement, il y a énormément de données de recherche qui appuient la thèse selon laquelle si nous ne sommes pas prêts à investir dans un système qui se détache de la spécialisation, des soins axés sur la maladie au profit de soins axés sur les clients, de soins axés sur le mieux-être qui comprend un cadre complet de programmes portant sur la promotion de la santé, le mieux-être et les soins de soutien et de rétablissement, nous n'y parviendrons pas.

Nous avons lu l'information que vous avez diffusée, et le Comité sénatorial a fait un travail énorme. On doit d'ailleurs l'en féliciter. Nous nous inquiétons de l'équilibre des résultats du Forum national sur la santé. Les Canadiens, des citoyens ordinaires comme des spécialistes, ont participé à cet exercice. Ils ont validé le principe de la conception d'un système de prestation de soins de santé pour le Canada et ils l'ont développé. Le système se fonde sur le principe de qui nous voulons être en tant que Canadiens et Canadiennes. Nous voulons vivre dans une société où chacun et chacune a un accès égal, quelle que soit sa capacité de payer. Nous nous heurtons toujours à cet obstacle, de savoir comment nous allons payer pour cela. Je ne crois pas que nous ayons pleinement impliqué nos concitoyens à parler de ce qu'il nous en coûtera pour réaliser cela, puis à la façon dont cet investissement procurera des avantages, réduira la nécessité de services de santé dispendieux et créera des Canadiens plus en santé.

La vice-présidente: C'est ce que nous avons entendu d'un océan à l'autre. Quelle que soit la province où nous nous trouvons, cela résume le point de vue d'un grand nombre de gens.

Le sénateur Cook: Monsieur Solomon, je consulte votre mémoire et je vois que vous nous dites que vous représentez quelque 10 000 Autochtones, et que dans toute cette population il n'y a qu'un médecin et quelques infirmières. Je me demande si

us what some of the barriers are. Is it just by choice, or are there systemic barriers, and if so, do you have any suggestions about how we might remove them?

Mr. Solomon: Yes, I believe the barriers begin in the high schools, where a lot of our native students are being pushed towards lesser achievements and away from health programs and sciences. Therefore, that creates a problem when they want to go to university. They are lacking the courses needed to get in. Once they graduate from high school, they have to go back, if they are interested in those professions, and take their sciences and whatever. I think it is at our school level where a lot of our kids are just herded through lower achievements. How do we solve that problem? I do not know.

Senator Callbeck: It is unfortunate we are running into time constraints here, as we certainly would like to have heard your presentations. I just had a few minutes to briefly look through your briefs.

Mr. Guy, your first recommendation is "...governments promote informed participation by households and their organizations." Could you elaborate on that?

Mr. Guy: I would ask Mr. Heath to do that.

Mr. Roger Heath, Research and Communications Officer, Federal Superannuates National Association: The fourth report of the committee defines the health care system as including hospitals, doctors, and things that the government pays for. As has been pointed out, 30 per cent of the health care money comes from private individuals or their insurance programs. We remind the committee that the other 70 per cent also comes from households, through taxes. Most householders I have talked to are not too interested in whether it is federal or provincial taxes, although that seems to get an awful lot of attention. The point is that householders are not only important because they actually spend more than the federal government does; they are important because they participate in their care and they have to be brought into the discussion about their care. Households not only include the individuals, but associations such as ours, the pharmacists who supply us with drugs, and the insurance companies and employers who provide our health insurance and play a big role in population health issues. A lot of that kind of service is delivered from the workplace.

The recommendation says that if you want a national health program, you have to include all this expertise and experience in it.

The provincial and federal governments do not let this part of the economy, of the population, participate when policy is actually being made. Then our other three recommendations, which Mr. Guy might want to review, are all from the point of view of one health system for all Canadians. It includes some parts of the system that are run by the government and some parts that are

vous pourriez nous faire part de la nature des obstacles. Est-ce seulement par choix, ou y a-t-il des obstacles systémiques et, le cas échéant, avez-vous des suggestions sur la façon de les éliminer?

M. Solomon: Oui, je crois que les obstacles commencent dès l'école secondaire, où un grand nombre de nos étudiants autochtones sont orientés vers des professions de moindre envergure et surtout pas dans les sciences et les programmes de santé. Par conséquent, cela crée un problème lorsque nous voulons aller à l'université. Ils n'ont pas les cours nécessaires pour être admis. Lorsqu'ils obtiennent leur diplôme d'études secondaires, ils doivent y retourner s'ils veulent aller dans ces professions, et suivre leurs programmes de sciences et tout le reste. Je pense que c'est au niveau des écoles qu'un grand nombre de nos enfants sont orientés vers des professions de moindre envergure. Comment pouvons-nous résoudre le problème? Je ne le sais pas.

Le sénateur Callbeck: Merci à tous d'être venus. Il est malheureux que nous ayons des contraintes de temps car j'aurais certainement aimé entendre vos exposés. Je n'ai eu que quelques minutes pour les parcourir rapidement.

Monsieur Guy, votre première recommandation est «... gouvernements stimulent la participation éclairée des ménages et de leurs organisations». Pourriez-vous développer?

M. Guy: Je vais demander à M. Heath de le faire.

M. Roger Heath, agent de recherche et des communications, Association nationale des retraités fédéraux: Selon la définition donnée dans le quatrième rapport du comité, le système de soins de santé inclut les hôpitaux, les médecins et les choses pour lesquelles le gouvernement paie. Comme on l'a signalé, 30 p. 100 des fonds consacrés à la santé viennent des particuliers ou de leurs programmes d'assurance. Nous rappelons au comité que 70 p. 100 vient également des ménages, par le biais des taxes. La plupart des chefs de ménage à qui j'ai parlé ne se préoccupent pas de savoir s'il s'agit d'impôts fédéraux ou provinciaux, bien que cela semble attirer énormément d'attention. Le fait est que les chefs de ménage ne sont pas uniquement importants parce que ce sont eux qui en réalité dépensent plus que le gouvernement fédéral; ils sont importants parce qu'ils participent à leurs soins et on doit en tenir compte dans la discussion en rapport avec leurs soins. Les ménages n'incluent pas seulement les particuliers, mais aussi les associations comme la nôtre, les pharmaciens qui nous fournissent les médicaments, et les compagnies d'assurance et employeurs qui fournissent notre assurance-maladie et qui jouent un rôle important dans les questions liées à la santé de la population. Il y a une foule de services du genre qui viennent du lieu de travail.

La recommandation dit que si vous voulez un programme national de soins de santé, vous devez inclure toute cette expertise et toute cette expérience.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ne laissent pas cette partie de l'économie, de la population, participer à l'élaboration de la politique. Nos trois autres recommandations, que M. Guy voudra peut-être revoir avec vous, partent toutes du point de vue d'un seul système de santé pour les Canadiens. Il comprend quelques parties du système qui relèvent des gouvernements et

paid for by the private sector. Once you recognize that we will pay taxes, we will pay money for purchases, then it does not matter who pays what. What matters is what is most efficient and most equitable. When you look at it that way, a lot of things change.

Senator Callbeck: Going back to that first recommendation, you are saying, "...recommends that governments promote informed participation?" How do you recommend governments do that?

Mr. Heath: First, by allowing some of the groups like those that have appeared before you today to take part in the forums where actual policy is made. Second, we would recommend that perhaps the government could arrange for community college or university part-time courses so that representatives from these associations could get up to speed and be able to press their point of view, which is different, I think, from that of government administrators, but with some of the background that the administrators possess. If all we can do is think about it one week out of a year because a committee such as this is doing yet another study, we will not have the knowledge and the ability to really understand the issues and make the contribution we should be making, which the system really needs.

Senator Callbeck: Ms Tarjan, I notice a sentence in the nurses' brief that says, "The Federal Government must show leadership and assist in the coordination of efforts to deal with the shortage of registered nurses." What would you suggest they do?

Ms Tarjan: We have focused our recommendations. There is a national advisory committee. Now there is a nursing sector study on which, I assume as we speak, the signatories are signing on to proceed. That will be a very extensive, two-year process. Significant research has been completed in our own country.

From a nursing profession perspective, we already have the evidence for what works and what investments are required. It requires investment in education, continuing education, control of the workforce, and enough supports to ensure that these knowledge workers can provide the value of which they are capable to the system. We have been challenged over the last decade, as this shortage has evolved, with the assertion that we do not have evidence. It is all American evidence. Well, that is no longer the case. Research centres at McMaster and in Toronto are producing the Canadian evidence that demonstrates the same thing. Everything is so connected in the discussion of health care services and their financing.

To go back to the other witnesses' comments about costs, we nurses have been accused of saying that spending has been reduced. In actual fact, there has been increased spending in health care across the country. With the focus on reorganization and the costs of high-tech care, those high-cost interventions, and the lack of flexibility in financing the system, where have they been able to cut? They have looked at the delivery of service,

quelques parties qui sont payées par le secteur privé. Du moment que vous reconnaissez que nous paierons des taxes, que nous débourserez de l'argent pour faire des achats, alors il importe peu qui paie quoi. Ce qui compte, c'est l'efficacité et l'équité. Sous cet angle, bien des choses changent.

Le sénateur Callbeck: Si je reviens à votre première recommandation, vous dites «... recommande que les gouvernements stimulent la participation éclairée...». Comment proposez-vous que les gouvernements fassent cela?

M. Heath: Tout d'abord, en permettant à des groupes comme ceux qui ont comparu devant vous aujourd'hui de participer aux forums dans le cadre desquels la politique est établie. Ensuite, nous recommanderions que le gouvernement prenne des dispositions pour que soient donnés des cours à temps partiel dans les collèges communautaires ou les universités de façon à ce que les représentants de ces associations puissent se mettre à jour et puissent faire valoir leur point de vue qui est différent, je pense, de celui des administrateurs gouvernementaux, mais avec une partie des connaissances des administrateurs. Si tout ce que nous pouvons faire à ce sujet c'est d'y penser une fois par année parce qu'un comité comme le vôtre mène une autre étude, nous n'aurons ni les connaissances ni la capacité de vraiment comprendre les enjeux et de faire la contribution que nous devrions, dont le système a un grand besoin.

Le sénateur Callbeck: Madame Tarjan, je relève une phrase dans le mémoire de l'association où il est dit: «le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership et doit contribuer à la coordination des mesures à prendre pour résoudre le problème de pénurie d'infirmières immatriculées». Que proposeriez-vous qu'il fasse?

Mme Tarjan: Nous avons concentré nos recommandations. Il y a un comité consultatif national. Il y a en ce moment une étude sur le secteur des soins infirmiers à l'égard de laquelle, au moment où nous nous parlons, les signataires s'engagent à poursuivre. Ce sera un processus très exhaustif qui s'étalera sur deux ans. Des recherches importantes ont été réalisées dans notre pays.

Du point de vue des soins infirmiers, nous avons déjà les preuves de ce qui fonctionne et des investissements à faire. Il faut investir dans l'éducation, dans l'éducation permanente, dans le contrôle de la population active, et dans un nombre de soutiens suffisants pour veiller à ce que ces travailleurs du savoir puissent contribuer toute la valeur de ce dont ils sont capables dans le système. On nous a lancé un défi ces 10 dernières années, compte tenu que cette pénurie a évolué, en affirmant que nous n'avons pas de preuves. Que ce sont toutes des preuves américaines. Eh bien, ce n'est plus le cas. Des centres de recherche à McMaster et à Toronto produisent les preuves canadiennes qui établissent la même chose. Tout dans la discussion sur les services de santé et leur financement est intimement relié.

Pour revenir aux observations des autres témoins au sujet des coûts, on nous a accusés nous, les infirmières, de dire que les dépenses avaient été réduites. En réalité, il y a eu augmentation des dépenses dans les soins de santé d'un bout à l'autre du pays. L'accent étant mis sur la réorganisation et les coûts des soins de haute technologie, les interventions très dispendieuses et le manque de souplesse dans le financement du système, où ont-ils

reducing five beds on this unit, four on another, closing this one and combining service. That has created a work environment that is producing almost the sickest workforce in Canada and high levels of injury, even higher than people working on our docks, and it is because of the massive change.

We believe we have made the right moves in health care. We have to move care out into the community. We have to allow people to maintain the best quality of life they can for as long as they can. What has that done to our acute care system? We have been accused of saying people are sicker, that they were always sick. The acute system does not have a balance of some people who are almost recovered and ready to go home, some who are in the middle, and some who are acutely ill. We have them all here. Lengths of stay have shrunk so intensively. Therefore, a lot of our dialogue and debate on health care focuses on the acute care system.

We believe there are ways to manage that better. There will have to be an investment in improving the work environment. One of the biggest issues in recruiting and retaining nurses is, if it is not a reasonable place to work, where people can feel challenged, that they are contributing, and go home satisfied, why would a bright young man or woman consider that career?

If I could build on the other witness's comments when you asked how the federal government could do that, primary health care provides the model. Delivery of health services is reduced to a micro level. You have population-based discussion in communities, identification of needs, and services that are uniquely designed to meet them and that the community is prepared to support. I would say that when it responds to their needs, they are more willing to pay for it. The problems in our acute system will not be resolved until we invest in creating better health for Canadians. If we do not, we will continue to see increased costs.

My husband works for another department in government, Natural Resources. When it comes to the budget each year, we have this debate in our house that as health costs continue to grow, where does the money come? It comes from other departments. Health cannot grow that way. If the pattern continues, New Brunswick will be spending almost all its resources on it. It will be very difficult to create that change, but it is the only thing that will make a difference.

Senator Callbeck: I understand what you are saying about primary care reform. I just asked that question because I wanted to see exactly where you were coming from on it.

Mr. Solomon or Mr. Getty, in your first recommendation, I see a new tax on financial transactions. Are you referring to the "Tobin tax"?

pu comprimer? Ils ont examiné la prestation du service, supprimé cinq lits dans cette unité, quatre dans une autre, fermé celle-ci et combiné des services. Ils ont créé un environnement de travail qui produit pratiquement l'effectif le plus malade au Canada et des niveaux élevés de blessures, encore plus que chez nos débardeurs, et c'est en raison du changement massif.

Nous croyons que nous avons pris les bonnes décisions en ce qui concerne les soins de santé. Nous devons amener les soins dans la collectivité. Nous devons permettre aux gens de maintenir la meilleure qualité de vie possible pour le plus longtemps possible. Quelle a été l'incidence de tout cela sur notre système de soins de courte durée? On nous a accusées de dire que les gens sont plus malades, qu'ils ont toujours été malades. Le système de soins de courte durée n'a pas un équilibre de personnes qui ont pratiquement récupéré et qui sont prêtes à recevoir leur congé, de certaines qui sont au milieu de leur rétablissement et d'autres qui sont très malades. Nous les avons toutes. La durée du séjour a été réduite de façon incroyable. Par conséquent, une grande partie de nos discussions sur les soins de santé porte sur le système des soins de courte durée.

Nous croyons qu'il y a des façons de mieux gérer cela. Il faut investir dans l'amélioration du milieu de travail. Un des plus gros problèmes pour ce qui est de recruter et de conserver des infirmières est, si ce n'est pas un endroit raisonnable pour travailler, lorsque les gens peuvent se sentir interpellés, avoir l'impression de contribuer, de retourner chez soi satisfaits du travail, pourquoi est-ce qu'un jeune homme intelligent ou une jeune femme intelligente envisagerait cette carrière?

Si je puis ajouter aux observations des autres témoins lorsque vous avez demandé de quelle façon le gouvernement fédéral pourrait faire cela, le système des soins de santé primaires donne le modèle. La prestation des services de santé est ramenée à un niveau micro. Vous avez une discussion axée sur la population dans les collectivités, une identification des besoins, et des services conçus uniquement pour y répondre, et que la collectivité est prête à supporter. Je dirais que lorsque cela répond à leurs besoins, les gens sont bien plus prêts à payer. Les problèmes de notre système de soins de courte durée ne disparaîtront pas tant que nous n'investirons pas pour créer une meilleure santé chez les Canadiens. Si nous ne le faisons pas, nous continuerons à voir augmenter les coûts.

Mon mari travaille pour un ministère, Ressources naturelles. Lorsque vient le temps du budget chaque année, nous avons cette discussion chez nous qu'étant donné que les coûts de la santé continuent de croître, d'où vient l'argent? Il vient des autres ministères. Santé ne peut pas soutenir cette croissance. Si la tendance se maintient, le Nouveau-Brunswick y consacrerait pratiquement toutes ses ressources. Ce changement sera très difficile à créer, mais c'est la seule chose qui fera une différence.

Le sénateur Callbeck: Je comprends ce que vous dites au sujet de la réforme des soins de santé primaires. Je n'ai posé la question que parce que je voulais voir exactement ce que vous en pensiez.

Monsieur Solomon ou monsieur Getty, dans votre première recommandation, je vois une nouvelle taxe à l'égard des transactions financières. Faites-vous référence à la «taxe Tobin»?

Mr. Getty: Yes.

Senator Callbeck: I am reading here that it would not be difficult, but I have always understood that it would be. Do you have any information to back up the idea that it would be easy?

Mr. Getty: The only information we have is that financial transactions are tracked now. When shares are bought and sold, highly computerized systems keep track of all this stuff. Logically, it just does not seem that it would be very difficult to keep track of this and make sure that you are collecting the tax.

Senator Callbeck: I do not know the ins and outs, but I heard this brought up in another meeting, and it was shot down because it was said to be too difficult to track.

Mr. Getty: Well, the government intelligence services can track conversations. I do not see what would be so difficult about tracking financial transactions, especially when it is all computerized, and it is now.

Senator Léger: My only question is for Mr. Solomon. I was just reading a statement here: "There is no provision for our elders and traditional healers or spiritual leaders to assist in the healing process." Now we talked a lot this morning about extra-mural care. Do you have access? I imagine it exists throughout the province. Given your specialty, elders, language and your healing process, does a formula like that provide you with what you are supposed to have?

Mr. Solomon: Well, I believe elders are used in hospitals in B.C. and they have proven that they do assist the clients, who seem to improve faster. I know the elders are not used here at all. I did have a meeting with Region 3 here two weeks ago to try to hire a native liaison person who will work with the patients and maybe also with the language and everything else. At least it is a step.

Senator Léger: Right. It is a step, perhaps, in this extra-mural concept that we discussed this morning. In other words, it is older people who receive care at home. I wondered if you had that.

Mr. Solomon: We do. As a matter of fact, the Union of New Brunswick Indians is holding training programs for home care workers, and the Red Cross is providing the training for these people to go back to the communities and work with the elders. Yes, we have made a beginning. It started last year.

The Deputy Chairman: As a closing thought, we did hear from witnesses in British Columbia that the elders follow their clients through the hospital and health care system and then back into their communities in helping them deal with it.

With that, colleagues, I will have to bring the meeting to an end.

Mr. Guy, did you want to say one last, quick word?

M. Getty: Oui.

Le sénateur Callbeck: Je lis ici que ce ne serait pas difficile, mais j'ai toujours cru entendre que ce le serait. Avez-vous des renseignements qui permettent de croire que ce serait facile?

M. Getty: Les seuls renseignements que nous ayons, c'est que les transactions financières sont toutes suivies maintenant. Lorsque des actions sont achetées ou vendues, des systèmes informatisés en assurent le suivi. En toute logique, tout indique que ce ne serait pas très difficile à suivre et à faire en sorte que la taxe est prélevée.

Le sénateur Callbeck: Je ne connais pas les tenants et aboutissants. La question a été soulevée à une autre réunion mais on l'a éliminée parce qu'on disait que c'était trop difficile à suivre.

M. Getty: Eh bien, les services du renseignement du gouvernement peuvent suivre des conversations. Je ne vois pas ce qu'il y aurait de si difficile à suivre des transactions financières, d'autant plus que c'est tout informatisé.

Le sénateur Léger: Ma question s'adresse à M. Solomon. Je lisais une phrase dans le document: «il n'existe aucune disposition pour nos aînés et nos guérisseurs traditionnels ou nos chefs spirituels pour aider dans le processus de guérison». Ce matin, nous avons beaucoup discuté des soins extra-muraux. Y avez-vous accès? Je suppose qu'il y en a partout dans la province. Compte tenu de votre spécialité, de vos aînés, de votre langue et de votre processus de guérison, une formule comme celle-là vous donne-t-elle ce que vous êtes censé avoir?

M. Solomon: Eh bien, je crois qu'on a recours aux aînés dans les hôpitaux en Colombie-Britannique et ils ont eu des résultats manifestes pour des clients qui ont semblé s'améliorer plus rapidement. Je sais qu'on n'a pas recours aux aînés ici. J'ai eu une réunion avec les autorités de la Région 3 il y a deux semaines pour essayer d'engager un agent ou une agente de liaison autochtone qui travaillera avec les patients et qui aidera peut-être aussi pour ce qui est de la langue et de tout le reste. C'est à tout le moins un pas dans la bonne direction.

Le sénateur Léger: Parfait. C'est peut-être un pas en rapport à ce concept extra-mural dont nous avons discuté ce matin. Autrement dit, ce sont des personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile. Je me demandais si vous aviez cela.

M. Solomon: Oui. En fait, l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick offre des programmes de formation pour les travailleurs oeuvrant dans le domaine des soins à domicile, et la Croix-Rouge donne la formation à ces personnes qui retournent dans les collectivités et travaillent avec les aînés. Oui, nous avons commencé cela. Depuis l'année dernière.

La vice-présidente: En guise de conclusion, nous avons entendu des témoins en Colombie-Britannique dire que les aînés suivent leurs clients tout au long de leur cheminement dans le système de soins de santé et le système hospitalier et à leur retour dans les collectivités en les aidant à composer avec cela.

Ceci dit, chers collègues, notre séance tire à sa fin.

Monsieur Guy, aviez-vous autre chose à ajouter, rapidement?

Mr. Guy: One quick word, Madam Chair. To assuage my disappointment in not being able to make my presentation, may I file a copy of it with you? It is supplemental to our brief.

The Deputy Chairman: Actually, we had your brief. Yes, you certainly can. We will put it on the record. We have had your brief since early this morning, which was really good, because most of us did have a chance to read it.

Senator Robertson: On that point, all briefs will be given to the head of research and will be analyzed very carefully.

The Deputy Chairman: Thank you very much, on behalf of my fellow committee members, for appearing.

The committee adjourned.

M. Guy: Très rapidement, madame la présidente. Pour atténuer ma déception de n'avoir pu faire mon exposé, puis-je vous en remettre une copie? C'est en complément de notre mémoire.

La vice-présidente: En réalité, nous avons votre mémoire. Oui, vous pouvez certainement le faire. Ce sera versé au compte rendu. Nous avons reçu votre mémoire tôt ce matin, ce qui est très bien, parce que la plupart d'entre nous ont eu la chance de le lire.

Le sénateur Robertson: À ce sujet, tous les mémoires seront remis à l'attaché de recherche en chef qui les analysera minutieusement.

La vice-présidente: Merci beaucoup, au nom de mes collègues du comité d'être venus.

La séance est levée.

From the New Brunswick Senior Citizens Federation Inc:

Ms Helen Ladouceur. Member:

Ms Eileen Malone. Member.

From the Catholic Health Association of Canada:

Ms Sandra Keon. Secretary Treasurer and Vice-President
Clinical Programs at Pembroke Hospital.

From the Miramichi Police Force:

Corporal Michael Gallagher. Drug Section.

From the Canadian Union of Public Employees, New Brunswick

Mr. Raymond Léger. Research Representative.

From the Federal Superannuates National Association:

Mr. Rex G. Guy. National President:

Mr. Roger Heath. Research and Communications Officer.

From the Union of New Brunswick Indians:

Mr. Nelson Solomon. Director of Health:

Ms Wanda Paul Rose. Coordinator:

Mr. Norville Getty. Consultant.

From the Nurses Association of New Brunswick:

Ms Roxanne Tarjan. Director General.

De la Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.:

Mme Helen Ladouceur. membre:

Mme Eileen Malone. membre.

De l'Association catholique canadienne de la santé:

Mme Sandra Keon. secrétaire-trésorière et vice-présidente des
programmes cliniques de l'hôpital de Pembroke.

Des Forces policières de Miramichi:

Le caporal Michael Gallagher. Division des drogues.

Du Syndicat canadien de la fonction public. Nouveau-Brunswick:

M. Raymond Léger. représentant de la recherche.

De l'Association nationale des retraités fédéraux:

M. Rex G. Guy. président national:

M. Roger Heath. agent de recherche et des communications.

De l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick:

M. Nelson Solomon. directeur de la santé:

Mme Wanda Paul Rose. coordonnatrice:

M. Norville Getty. expert-conseil.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick:

Mme Roxanne Tarjan. directrice générale.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacre-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TEMOINS

From the Faculty of Nursing, University of New Brunswick:

Dr. Margaret Dykeman.

From the New Brunswick Health Care Association:

Mr. Robert Simpson, Chief Executive Officer.

From the Canadian Association of Chain Drug Stores:

Ms Sherry Porter, Atlantic Canada Representative;

Ms Sandra Aylward, Vice President, Pharmacy Services.

As Individuals:

Dr. Russell King, Former Minister of Health, Province of New Brunswick;

Mr. William Morrissey, Former Deputy Minister of Health, Province of New Brunswick.

From Applied Management:

Mr. Bryan Ferguson, Partner.

From the Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:

Mr. Daniel Thénault, Director General.

From the Canadian Snowbird Association:

Mr. Bob Jackson, President.

De la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick:

La Dre Margaret Dykeman.

De l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick:

M. Robert Simpson, président-directeur général.

De l'Association canadienne des chaînes de pharmacies:

Mme Sherry Porter, représentante pour les Maritimes;

Mme Sandra Aylward, vice-présidente, Services pharmaceutiques

A titre personnel:

Le Dr Russell King, ancien ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick;

M. William Morrissey, ancien sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick

D'Applied Management:

M. Bryan Ferguson, associé.

De la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:

M. Daniel Thénault, directeur général.

De l'Association canadienne des Snowbirds:

M. Bob Jackson, président.

(Continued on previous page)

(Suite à la page précédente)



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001
SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, November 28, 2001 (*in camera*)
Thursday, November 29, 2001 (*in camera*)
Wednesday, December 5, 2001 (*in camera*)
Thursday, December 13, 2001

Issue No. 45

Thirty-eighth, thirty-ninth and fortieth meetings on:

The state of the health care system in Canada

Second and last meeting on:

Bill S-12, An Act to amend the Statistics Act
and the National Archives of Canada Act
(census records)

Second and last meeting on:

Bill S-21, An Act to guarantee
the human right to privacy

First and last meeting on:

The developments since Royal Assent was given during
the Second Session of the Thirty-sixth Parliament to
Bill C-6, an Act to support and promote electronic commerce
by protecting personal information that is collected, used or
disclosed in certain circumstances, by providing for the
use of electronic means to communicate or record
information or transactions and by amending the
Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and
the Statute Revision Act

INCLUDING:

TENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(budget—health care)

ELEVENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(budget—sense of community)

TWELFTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-12)

THIRTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-21)

FOURTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill C-6)

Première session de la
trente-septième législature, 2001
SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 28 novembre 2001 (à huis clos)
Le jeudi 29 novembre 2001 (à huis clos)
Le mercredi 5 décembre 2001 (à huis clos)
Le jeudi 13 décembre 2001

Fascicule n° 45

Trente-huitième, trente-neuvième et quarantième réunions concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

Deuxième et dernière réunion concernant:

Projet de loi S-12, Loi modifiant la Loi sur la statistique et la
Loi sur les Archives nationales du Canada
(documents de recensement)

Deuxième et dernière réunion concernant:

Projet de loi S-21, Loi visant à garantir le droit des individus
au respect de leur vie privée

Première et dernière réunion concernant:

Les faits nouveaux survenus depuis la sanction royale au cours
de la deuxième session de la trente-sixième législature du Projet
de loi C-6, Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce
électronique en protégeant les renseignements personnels
recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances,
en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour
communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions
et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les
textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois

Y COMPRIS:

DIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(budget—soins de santé)

ONZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(budget—promotion de l'esprit communautaire)

DOUZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(projet de loi S-12)

TREIZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(projet de loi S-21)

QUATORZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(projet de loi C-6)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	Léger
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cook	(or Kinsella)
Cordy	Morin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Léger substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*December 14, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Milne (*December 14, 2001*).

The name of the Honourable Senator Kirby substituted for that of the Honourable Senator Grafstein (*December 14, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (*December 13, 2001*).

The name of the Honourable Senator Milne substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*December 13, 2001*).

The name of the Honourable Senator Grafstein substituted for that of the Honourable Senator Kirby (*December 13, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Sibbeston (*November 29, 2001*).

The name of the Honourable Senator Sibbeston substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*November 28, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	Léger
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cook	(ou Kinsella)
Cordy	Morin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Léger est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 14 décembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Milne (*le 14 décembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Kirby est substitué à celui de l'honorable sénateur Grafstein (*le 14 décembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (*le 13 décembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Milne est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p. (*le 13 décembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Grafstein est substitué à celui de l'honorable sénateur Kirby (*le 13 décembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Sibbeston (*le 29 novembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Sibbeston est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p. (*le 28 novembre 2001*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, March 1, 2001:

The Honourable Senator LeBreton moved, seconded by the Honourable Senator Lynch-Staunton:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the developments since Royal Assent was given during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament to Bill C-6, an Act to support and promote electronic commerce by protecting personal information that is collected, used or disclosed in certain circumstances, by providing for the use of electronic means to communicate or record information or transactions and by amending the Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and the Statute Revision Act; and

That the Committee table its final report no later than June 30, 2001.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux du Sénat du jeudi 1^{er} mars 2001:

L'honorable sénateur LeBreton propose, appuyé par l'honorable sénateur Lynch-Staunton,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport sur les faits nouveaux survenus depuis la sanction royale au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature du Projet de loi C-6, Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce électronique en protégeant les renseignements personnels recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances, en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois; et

Que le Comité dépose son rapport final au plus tard le 30 juin 2001.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 28, 2001
(49)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science, and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 3:40 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Robertson, Roche, and Sibbeston (11).

Other senator present: The Honourable Senator Finnerty (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, Research Officers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

The committee considered a draft agenda.

It was agreed that the Chair be authorised to seek an extension from the Senate to the deadline for the final report on the special study on the state of the health care system in Canada.

At 5:45 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier suppléant du comité,

Till Heyde

Acting Clerk of the Committee

OTTAWA, Thursday, November 29, 2001
(50)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 11:09 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Robertson and Roche (10).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from the office of Senator Roche: Todd Martin and staff

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 novembre 2001
(49)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 40, dans la pièce 505 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Robertson, Roche et Sibbeston (11).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Finnerty (1).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Audette Madore et Howard Chodos, attachés de recherche.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité examine un projet d'ordre du jour.

Il est convenu que le président demande au Sénat de prolonger le délai pour le dépôt du rapport final sur l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada.

À 17 h 45, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 29 novembre 2001
(50)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 11 h 09, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Robertson, et Roche (10).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne; du bureau du sénateur Robertson: Ross McKean; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin;

from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

The committee discussed its future business on the study of the state of the health care system in Canada.

At 12:05 the sitting was suspended.

At 12:40 the sitting was resumed.

The committee continued its discussion.

At 1:20 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, December 5, 2001

(51)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 3:55 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson and Roche (9).

Other senator present: The Honourable Senator Lucie Pépin (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from the office of Senator Roche: Todd Martin and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

The committee discussed its future business on the study of the state of the health care system in Canada.

At 4:45 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité discute de ses travaux futurs concernant l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada.

À 12 h 05, la séance est suspendue.

À 12 h 40, la séance reprend.

Le comité poursuit la discussion.

À 13 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 5 décembre 2001

(51)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 55, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, et Roche (9).

Autre sénateur présente: L'honorable sénateur Lucie Pépin. (1)

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne; du bureau du sénateur Robertson: Ross McKean; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité discute de ses travaux futurs concernant l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada.

À 16 h 45, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Thursday, December 13, 2001
(52)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Milne, Morin, Pépin, and Roche (9).

Other senator present: The Honourable Senator Finestone (1).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Jay Sinha, Ben Dolin and Geoffrey Kieley.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, March 27, 2001, the Committee continued its consideration of Bill S-12, An Act to amend the Statistics Act and the National Archives of Canada Act (census records). (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.24*)

The Deputy Chair made a statement.

It was moved by Senator Cook — That the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill S-12.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by Senator Cordy — That Bill S-12 be adopted without amendment.

The question being put on the motion, it was adopted, on division.

The committee discussed draft observations to attach as an appendix to its report on Bill S-12.

It was moved by Senator Callbeck — That the committee's observations on Bill S-12 be attached to the report on the bill.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed, on division, that the bill be reported to the Senate without amendment but with observations.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, April 26, 2001, the Committee continued its consideration of Bill S-21, An Act to guarantee the human right to privacy. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.25.*)

The Deputy Chair made a statement.

The committee considered a draft report.

It was moved by Senator Pépin — That the committee adopt its draft report as amended.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Deputy Chair invited Senator Finestone to make a statement. Senator Finestone made a statement and thanked the

OTTAWA, le jeudi 13 décembre 2001
(52)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, à 11 h 05, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Milne, Morin, Pépin et Roche. (9)

Autre sénateur présente: L'honorable sénateur Finestone (1).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Jay Sinha, Ben Dolin et Geoffrey Kieley.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 27 mars 2001, le comité poursuit l'étude du projet de loi S-12, Loi modifiant la Loi sur la statistique et la Loi sur les archives nationales du Canada (documents de recensement). (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans les délibérations du comité, fascicule n° 24*).

La vice-présidente fait une déclaration.

Le sénateur Cook propose — Que le comité se dispense de l'étude article par article du projet de loi S-12.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le sénateur Cordy propose — Que le projet de loi S-12 soit adopté sans amendement.

La question, mise aux voix, est adoptée à la majorité.

Le comité discute de l'ébauche d'observations à joindre en annexe au rapport sur le projet de loi S-12.

Le sénateur Callbeck propose — Que les observations du comité sur le projet de loi S-12 soient annexées au rapport sur le projet de loi.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu, à la majorité, de faire rapport du projet de loi au Sénat sans amendement, mais avec des observations.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 26 avril 2001, le comité poursuit l'examen du projet de loi S-21, Loi visant à garantir le droit des individus au respect de leur vie privée. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans les délibérations du comité, fascicule n° 25*).

La vice-présidente fait une déclaration.

Le comité examine l'ébauche du rapport.

Le sénateur Pépin propose — Que le comité adopte le rapport préliminaire tel que modifié.

La question, mise aux voix, est adoptée.

La vice-présidente invite le sénateur Finestone à faire une déclaration. Le sénateur Finestone fait une déclaration et remercie

committee for their work. The Deputy Chair thanked Senator Finestone for her efforts on the issues of privacy.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee began its consideration of The developments since Royal Assent was given during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament to Bill C-6, an Act to support and promote electronic commerce by protecting personal information that is collected, used or disclosed in certain circumstances, by providing for the use of electronic means to communicate or record information or transactions and by amending the Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and the Statute Revision Act

The Deputy Chair made a statement. The committee considered its draft report.

It was moved by Senator Pépin — That the committee adopt its draft report as amended.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 12:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

le comité pour son travail. La vice-présidente remercie le sénateur Finestone pour ses efforts au sujet des questions relatives à la protection de la vie privée.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité commence l'examen des faits nouveaux survenus depuis la sanction royale au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature du projet de loi C-6, Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce électronique en protégeant les renseignements personnels recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances, en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois.

La vice-présidente fait une déclaration. Le comité examine le rapport préliminaire.

Le sénateur Pépin propose — Que le comité adopte le rapport préliminaire tel que modifié.

La question, mise aux voix, est adoptée.

À midi, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

REPORTS OF THE COMMITTEE

Tuesday, December 11, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

TENTH REPORT

Your Committee was authorized by the Senate on March 1st, 2001, to examine and report upon the state of the health care system in Canada.

Pursuant to section 2:07 of the *Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees*, the budget application submitted was printed in the *Journals of the Senate* of April 24, 2001. On May 16, 2001, the Senate approved the release of \$5,000 to the Committee. The Senate subsequently approved the release of an additional \$278,000 to the Committee on June 13, 2001.

The report of the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration recommending the release of additional funds is appended to this report.

Respectfully submitted,

Tuesday, December 11, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

ELEVENTH REPORT

Your Committee was authorized by the Senate on Tuesday, April 24th, 2001, to examine and report upon the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada.

Pursuant to section 2:07 of the *Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees*, the budget application submitted was printed in the *Journals of the Senate* of May 16, 2001. On June 13, 2001 the Senate approved the release of \$4,000 to the Committee.

The report of the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration recommending the release of additional funds is appended to this report.

Respectfully submitted,

Friday, December 14, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

TWELFTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill S-12, An Act to amend the Statistics Act and the National Archives of Canada Act (census records), in obedience to the Order of Reference of Tuesday, March 27, 2001, has examined the said Bill and now reports the same without amendment.

RAPPORTS DU COMITÉ

Le mardi, 11 décembre 2001

Le Comité permanent sénatorial des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

DIXIÈME RAPPORT

Votre Comité a été autorisé par le Sénat le 1^{er} mars 2001 à étudier pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada.

Conformément à l'article 2:07 des *Directives régissant le financement des comités du Sénat*, la demande de budget présentée a été imprimée dans les *journaux du Sénat* le 24 avril 2001. Le 16 mai 2001, le Sénat a approuvé un déblocage de fonds de 5 000\$ au comité. Le 13 juin 2001, un déblocage additionnel de fonds de 278 000\$ a été approuvé par le Sénat.

Le rapport du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration recommandant un déblocage additionnel de fonds est annexé au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le mardi, 11 décembre 2001

Le Comité permanent sénatorial des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

ONZIÈME RAPPORT

Votre Comité a été autorisé par le Sénat le mardi 24 avril 2001 à examiner pour en faire rapport l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada.

Conformément à l'article 2:07 des *Directives régissant le financement des comités du Sénat*, la demande de budget présentée a été imprimée dans les *journaux du Sénat* le 16 mai 2001. Le 13 juin 2001, le Sénat a approuvé un déblocage de fonds de 4 000\$ au comité.

Le rapport du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration recommandant un déblocage additionnel de fonds est annexé au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le vendredi 14 décembre 2001

Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

DOUZIÈME RAPPORT

Votre comité, auquel a été déféré le Projet de loi S-12, Loi modifiant la Loi sur la statistique et la Loi sur les Archives nationales du Canada (documents de recensement), conformément à l'ordre de renvoi du mardi 27 mars 2001, a étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans modifications.

Attached as an appendix to this Report are the observations of your Committee on Bill S-12.

Respectfully submitted,

APPENDIX

Bill S-12, An Act to amend the Statistics Act and the National Archives of Canada Act (census records)

Observations of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

During its hearings on Bill S-12, the Committee heard a range of opinions regarding the Bill's proposed amendments to the *Statistics Act* and the *National Archives of Canada Act*. The proposed amendments would mandate the transfer of all personal and agricultural census records from Statistics Canada to the National Archives and would provide that the records be made available to the public after the elapse of 92 years. All census records up to and including the 1901 Census have already been made available for public use but later censuses have been withheld based on the interpretation of confidentiality provisions relating to census data collection. The interpretation of such provisions, which are found in legislation beginning with the 1918 *Statistics Act* and in regulations or directives prior to that date, was the subject of debate among the witnesses heard by the Committee.

Most witnesses favoured some sort of provision for the eventual release of census records. The Committee heard that without their release, historians will lose important information about our nation's heritage and those interested in genealogy will lose important information about their ancestors. There was also evidence that other countries automatically release their census records after a designated period; for example, the United States and Britain release records after 100 years and 72 years respectively. In Canada, the pre-1901 records that have been released have demonstrated practical importance. Reference was made in testimony to the use of such records by the Métis of Sault Ste. Marie to establish historical hunting rights in the Ontario Courts.

Those in support of the release of historical census records were, however, divided on the issue of whether Bill S-12 adequately addresses privacy issues. Some were of the opinion that the public is simply not concerned about the release of such data and noted that there have been no complaints about the release of pre-1901 Canadian records or the release of Newfoundland's pre-1949 census records. On the other hand, it was noted that the Bill would potentially provide public access to medical and genetic information that could affect the relatives and descendants of census respondents. It was suggested by one witness that the insurance industry could use such information for making decisions regarding coverage. However, it was also pointed out that several serious but preventable conditions are also genetic in nature, and that an accurate family tree can predict

Ont été jointes en annexe au présent rapport les observations de votre Comité sur le Projet de loi S-12.

Respectueusement soumis,

ANNEXE

Le projet de loi S-12, Loi modifiant la Loi sur la statistique et la Loi sur les Archives nationales du Canada (documents de recensement),

Observations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Durant ses délibérations sur le projet de loi S-12, le Comité a entendu diverses opinions concernant les modifications proposées à la *Loi sur la statistique* et à la *Loi sur les Archives nationales du Canada*. Ces modifications entraîneraient le transfert de tous les documents des recensements relatifs à la population et à l'agriculture de Statistique Canada aux Archives nationales du Canada et les rendraient accessibles au public après 92 ans. Jusqu'au recensement de 1901 inclusivement, les documents ont déjà été mis à la disposition de la population mais ceux des recensements subséquents ont été exclus en raison de l'interprétation des dispositions de confidentialité en rapport avec la collecte des données de recensement. L'interprétation de ces dispositions, qu'on retrouve dans les textes législatifs à partir de la *Loi sur la statistique* de 1918 et dans des règlements et directives avant cette date, a fait l'objet d'un débat parmi les témoins.

La plupart préconisent une certaine mesure prévoyant l'ouverture éventuelle des dossiers. D'après ce que le Comité a entendu, sans cette communication, les historiens perdraient d'importantes données sur notre patrimoine national et les personnes intéressées à la généalogie seraient privées de renseignements essentiels sur leurs ancêtres. On a également fait valoir que d'autres pays publiaient automatiquement leurs documents de recensement après une période désignée; par exemple, les États-Unis et la Grande-Bretagne ouvrent leurs dossiers après 100 ans et 72 ans respectivement. Au Canada, les documents antérieurs à 1901 se sont révélés d'une importance pratique : des témoins ont parlé de leur utilisation par les Métis de Sault Ste. Marie pour faire valoir leurs droits de chasse historiques devant les tribunaux ontariens.

Cependant, les partisans d'une publication des documents de recensement historiques n'avaient pas la même idée sur la pertinence du projet de loi S-12 à l'égard des problèmes de confidentialité. Certains étaient d'avis que la population ne s'inquiète tout simplement pas de la publication de ces données, notant qu'il n'y a eu aucune plainte concernant la diffusion des documents canadiens antérieurs à 1901 ou de ceux de Terre-Neuve avant 1949. Par ailleurs, on a fait remarquer que le projet de loi pourrait rendre publics des renseignements de nature médicale ou génétique, ce qui risquait d'affecter les parents ou les descendants du répondant. Il a été suggéré par un témoin que l'industrie des assurances pourrait se servir de l'information pour prendre des décisions sur la couverture à offrir. On a toutefois fait remarquer que plusieurs maladies graves mais évitables sont

these conditions and allow for their early treatment or even prevention.

Bill S-12 would provide a right to object to the release of one's own census information but the process contemplated by the Bill would require that the individual objecting make an application to the National Archivist 91 years after the data was collected. Assuming the individual was still alive, the objection to disclosure would only be considered valid if the Archivist was satisfied that disclosure would be unwarranted.

The Committee was also provided a compromise proposal by Statistics Canada. This proposal would provide more limited access than anticipated by Bill S-12. Access to historical census records would be provided only for genealogical research about one's own family and for historical research. Only family members (or their authorized agents) or those conducting historical research (peer reviewed by the Social Sciences and Humanities Research Council) would be given access. While access would be unrestricted, researchers would only be permitted to make public the following basic information: name, age, address, marital status and birthplace. Furthermore, those accessing information would have to sign a legally enforceable undertaking confirming that they agree to be bound by these terms.

The Committee also reviewed the report of the *Expert Panel on Access to Historical Census Records* which was established in 1999 to examine the issue of disclosure. The Expert Panel concluded that no perpetual guarantee of confidentiality was ever intended to attach to census records. However, they urged caution with respect to the release of records created after the 1918 *Statistics Act* as the public might perceive the release of these census records as a revocation of a guarantee previously made by the government. This was the main concern of Statistics Canada as well. StatsCan is in the process of conducting town hall meetings across the country to better ascertain whether cooperation with future censuses could be affected by the release of 92 year-old records.

Notwithstanding the compulsory provisions of the *Statistics Act*, Statistics Canada relies on public cooperation and is thus concerned with the preservation of the integrity of Canada's statistical system. The integrity of Statistics Canada is based on its ability and effectiveness in keeping what its officials referred to as an "unconditional promise of confidentiality". According to a poll by Environics, Canadians are concerned that if legislation such as Bill S-12 were passed, their cooperation in future censuses could be impacted.

In summary, many witnesses and Committee members favoured the disclosure of historical census records after 92 years, but there was disagreement as to whether Bill S-12 provides adequate privacy protection. Some members of the Committee favour the provisions of the compromise proposal over the process delineated by Bill S-12. For these reasons, the Bill was agreed to on division of the Committee.

également de nature génétique et que, grâce à un arbre généalogique précis, elles peuvent faire l'objet d'un traitement précoce et même de mesures de prévention.

Le projet de loi S-12 donne le droit de s'opposer à la divulgation de ses propres données de recensement, mais le mécanisme envisagé exige que la personne présente une demande à l'archiviste national 91 ans après la collecte des données. En admettant que l'individu soit encore vivant, l'opposition ne serait valide que si l'archiviste estime injustifiée la communication des renseignements.

Le Comité a par ailleurs entendu une solution de compromis de Statistique Canada, selon laquelle l'accès serait plus limité que ne le prévoit le projet de loi S-12. L'accès aux documents de recensement historiques ne viserait que la recherche généalogique sur sa propre famille et la recherche historique. Seuls les membres de la famille (ou leurs mandataires) et les chercheurs qui effectuent des études historiques (projets de recherche soumis au Conseil de recherches en sciences humaines pour évaluation par les pairs) auraient accès aux dossiers. Les chercheurs auraient un accès illimité, mais ne pourraient rendre publics que les renseignements suivants : nom, âge, adresse, état matrimonial et lieu de naissance. Qui plus est, les personnes qui consultent les documents devraient signer un engagement ayant force exécutoire, attestant qu'elles acceptent ces conditions.

Le Comité a examiné le rapport du Comité d'experts sur l'accès aux dossiers historiques du recensement, constitué en 1999 pour étudier la question de la diffusion. Le Comité d'experts en est arrivé à la conclusion qu'aucune garantie perpétuelle de confidentialité n'était censée couvrir les documents de recensement. Toutefois, il a mis en garde contre la communication des dossiers créés après l'entrée en vigueur de la *Loi de la statistique* de 1918, car la population peut percevoir la publication de ces données comme la révocation d'une garantie donnée par le gouvernement. C'est là également la principale inquiétude de Statistique Canada. L'organisme tient en ce moment des assemblées publiques dans tout le pays afin de savoir si la publication des dossiers vieux de 92 ans pourrait atténuer la collaboration lors de recensements futurs.

Malgré l'obligation de répondre prévue par la *Loi sur la statistique*, Statistique Canada compte sur la collaboration du public et se préoccupe par conséquent du maintien de l'intégrité du système statistique canadien. L'intégrité de Statistique Canada repose sur son aptitude et son efficacité à respecter ce que les hauts fonctionnaires ont appelé sa « promesse inconditionnelle de confidentialité ». Selon un sondage mené par la firme Environics, les Canadiens s'inquiètent de ce que, si une mesure législative telle que le projet de loi S-12 était adopté, leur collaboration à l'occasion des recensements pourrait en être affectée.

En résumé, plusieurs témoins et membres du Comité étaient en faveur de la diffusion des documents de recensement historiques après 92 ans, mais ne s'entendaient pas sur la pertinence de la protection offerte par le projet de loi S-12. Certains membres préférant la solution de compromis au processus décrit dans le projet de loi, celui-ci a été adopté avec dissidence.

Friday, December 14, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

THIRTEENTH REPORT

Your Committee, to which was referred the subject matter of Bill S-21, *An Act to guarantee the human right to privacy*, in obedience to the Order of Reference of Thursday, April 26, 2001, has examined the said subject matter and now reports as follows:

Background

During its hearings on the subject matter of Bill S-21, *An Act to guarantee the human right to privacy*, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology heard testimony both for and against the idea of a Privacy Rights Charter as presented in the bill. Witnesses also addressed the substance of particular clauses of the bill and described their potential implications in practice.

Senator Sheila Finestone, the sponsor of the bill, began by emphasizing that Canada's response to the tragic events of September 11th in the United States must be guided by democratic principles, including the importance of the right to privacy. She underlined that while privacy is a fundamental human right, it is not an absolute or inflexible right. Under section 1 of the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, it is subject to such reasonable legal limits as can be demonstrably justified in a free and democratic society. Senator Finestone explained that the bill is intended to set out an explicit legal right to privacy — something Canadian law does not currently contemplate — while giving effect to the principle that privacy is essential to an individual's dignity, integrity, autonomy, well-being and freedom, and to the full and meaningful exercise of human rights and freedoms. She described how the bill would apply to all persons and matters coming within the legislative authority of Parliament by protecting against, for example, genetic discrimination and infringements on freedom from surveillance. Senator Finestone noted that the bill would be paramount over other ordinary legislation and would necessitate a review of existing, as well as all new, federal legislation to ensure compliance with the bill. She did not consider grandfathering existing legislative provisions an option as it would amount to giving statutes enacted before the bill a special, unjustified immunity from review under the bill.

Senator Finestone's advisor, privacy expert Eugene Oscapella, noted that the bill could provide a template against which issues such as a requirement to carry an identity card could be measured. He described other intrusions into privacy that would benefit from a Privacy Rights Charter, including the restriction on the use of electronic encryption and access to e-mail and Internet usage data by government agencies. Mr. Oscapella pointed out that because it is unclear whether the case by case protection provided by the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* would be sufficient to

Le vendredi 14 décembre 2001

Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

TREIZIÈME RAPPORT

Votre comité, auquel a été déféré la teneur du Projet de loi S-21, *Loi visant à garantir le droit des individus au respect de leur vie privée*, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 26 avril 2001, a examiné ladite teneur du projet de loi et en fait maintenant rapport comme il suit:

Contexte

Au cours des audiences qu'il a tenues sur le contenu du projet de loi S-21, *Loi visant à garantir le droit des individus au respect de la vie privée*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entendu plusieurs témoins qui se sont prononcés sur le concept de Charte du droit à la vie privée, telle qu'elle est présentée dans le projet de loi. Les témoins ont également traité de la teneur de divers articles avant d'en décrire les effets éventuels.

La sénatrice Sheila Finestone, marraine du projet de loi, a tout d'abord affirmé que la réaction du Canada aux événements tragiques survenus le 11 septembre aux États-Unis devait être inspirée par des principes démocratiques, notamment l'importance du droit à la vie privée. Elle a fait valoir que, si le droit à la vie privée est un droit fondamental, il n'en est pas pour autant absolu ou inflexible. Conformément au premier article de la *Charte canadienne des droits et libertés*, il peut être restreint par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. La sénatrice Finestone a expliqué que le projet de loi a été conçu de manière à établir un droit explicite à la vie privée — ce que la législation canadienne ne prévoit pas encore — tout en concrétisant le principe selon lequel la vie privée est essentielle à la dignité, l'intégrité, l'autonomie, le bien-être et la liberté des individus ainsi qu'à l'exercice plein et significatif des droits et libertés de chacun. Elle a décrit comment le projet de loi s'appliquerait aux personnes et matières qui relèvent de l'autorité législative du Parlement en les protégeant contre, par exemple, la discrimination génétique et la surveillance. La sénatrice a fait remarquer que le projet de loi primerait sur toute autre mesure législative ordinaire et appellerait un examen de la législation fédérale actuelle ainsi que de toute nouvelle loi visant à assurer leur conformité avec le projet de loi. Il lui a semblé illogique de ne pas toucher aux dispositions législatives existantes, car cela reviendrait à accorder aux mesures législatives antérieures à la Charte une immunité spéciale et injustifiée.

Le conseiller de la sénatrice Finestone, le spécialiste du droit à la vie privée Eugene Oscapella, a fait remarquer que le projet de loi pourrait constituer un modèle à l'aide duquel évaluer les exigences comme celle de porter une carte d'identité. Il a traité d'autres atteintes à la vie privée pour lesquelles il faudrait instaurer une charte du droit à la vie privée, notamment en matière de restriction de l'utilisation du chiffrement électronique et de l'accès au courriel ou à Internet par des organismes gouvernementaux. M. Oscapella a fait valoir que, parce que la

address such issues, a Privacy Rights Charter would attempt to fill in these gaps.

Senator Finestone directly addressed criticisms of Bill S-21. Some have claimed the bill would change the notion that a person is free to act unless that action is prohibited by law, to one that would only allow individuals to act if the infringement of an individual's right to privacy was deemed lawful. She did not accept this interpretation, but was open to revising the bill to state that an infringement would be justifiable if it had not been made unlawful. Others have claimed the bill would harm the work of law enforcement agencies because their activities and standards have already been approved by Parliament, or by the courts through the common law, without being reviewed under Bill S-21. Senator Finestone agreed this was possible, but was confident the courts would be able to maintain the balance currently existing between justified privacy intrusions by law enforcement agencies and an individual's right to privacy. To those who have suggested Bill S-21 would lead to excessive litigation, she noted that statements of rights require a remedy for those instances where the rights are infringed. Having introduced the bill in the Senate — where bills authorizing government expenditures or imposing taxes cannot originate — she was unable to place responsibility for enforcement of the bill with the Privacy Commissioner. She suggested, however, that the bill could be amended in the House of Commons to introduce a role for the Privacy Commissioner in resolving disputes.

Privacy expert Valerie Steeves provided additional arguments in support of Bill S-21 and the principles it espouses. She suggested that the current Canadian patchwork of privacy legislation is missing what this bill would provide, and what this country needs: an umbrella statement of privacy principles. She highlighted the four different perspectives of privacy that emanate from academic material and Supreme Court of Canada jurisprudence: privacy as a fundamental human right; privacy as a social value; privacy as a democratic value; and privacy as essential for data protection. Ms Steeves described how each of these perspectives has contributed to the evolution of policy mechanisms for protecting privacy — the *Criminal Code*, the Charter, specific legislation — yet this process has occurred without the support and guidance of any foundational principles. We now find ourselves with a patchwork of protection but no underlying common language.

Ms Steeves felt that Bill S-21 could provide that common foundation because it would bring us back to first principles by focusing on privacy as a fundamental human right. She noted that when grappling with issues of privacy, we have the option of using the language of human rights or the language of efficiency and fiscal responsibility. She suggested that if we use the latter it will become much easier to trade privacy for convenience,

protection au cas par cas par la *Charte canadienne des droits et libertés* n'est pas assurée, il serait bon que l'on puisse recourir à une Charte du droit à la vie privée.

La sénatrice Finestone a répondu directement aux critiques concernant le projet de loi S-21. Selon certains, le projet de loi changerait la notion que quiconque est libre d'agir à moins que ses actions ne soient interdites par la loi et instaurerait la notion que les individus ne seraient libres d'agir que si l'atteinte du droit à la vie privée d'un individu est jugée légitime. La sénatrice a refusé cette interprétation, mais était disposée à remanier le projet de loi pour que celui-ci mentionne qu'une atteinte au droit à la vie privée serait justifiable si elle ne transgresse pas la loi. Pour d'autres, le projet de loi saperait le travail des organismes d'application de la loi, dont les activités et les normes ont déjà été approuvées par le Parlement, ou par des tribunaux par le truchement du *common law*, sans faire l'objet d'un examen aux termes du projet de loi S-21. La sénatrice a convenu que c'était possible, mais s'est dite confiante que les tribunaux seraient en mesure de maintenir l'équilibre actuel entre les atteintes à la vie privée justifiées par des organismes d'application de la loi et le droit des individus à la vie privée. À ceux qui ont suggéré que le projet de loi S-21 mènerait à un nombre excessif de procès, elle a répondu que les déclarations de droit devaient comporter des recours en cas de violation de ces droits. Après avoir présenté le projet de loi au Sénat — auquel aucun projet de loi de finances ne peut être introduit — elle n'a pas été en mesure de confier la responsabilité de l'application du projet de loi au commissaire à la protection de la vie privée. Elle a toutefois suggéré que ce projet de loi pourrait être amendé à la Chambre des communes de manière à confier au commissaire à la vie privée un rôle dans la résolution des litiges.

La spécialiste du droit à la vie privée Valerie Steeves a présenté des arguments supplémentaires en faveur du projet de loi S-21 et des principes qu'il incarne. Elle a laissé entendre que le Canada dispose d'un ensemble de mesures disparates en matière de législation sur la protection des renseignements personnels et que ce qu'il lui faut c'est une déclaration générale de principe. Elle a énuméré les quatre angles sous lesquels le respect de la vie privée peut être envisagé et qui émanent de la jurisprudence de la Cour suprême du Canada ainsi que des recherches universitaires sur la question : la vie privée comme droit fondamental, comme valeur sociale, comme valeur démocratique et comme composante essentielle de la protection des données. Mme Steeves a expliqué comment chacun de ces points de vue a contribué à l'évolution des mécanismes stratégiques de protection de la vie privée — le *Code criminel*, la Charte, des lois particulières — et que pourtant ce processus s'est déroulé sans l'appui ni l'orientation d'aucun principe de fond. Nous nous retrouvons donc désormais avec un ensemble disparate de mesures de protection mais sans aucun langage commun sous-jacent.

Mme Steeves estime que le projet de loi S-21 pourrait fournir ce fondement commun, car il nous ramènerait au premier principe en s'attachant à la vie privée comme droit fondamental. Elle a fait remarquer que nous avons le choix de recourir au langage des droits de la personne ou au langage de l'efficacité et de la responsabilité financière. Elle a laissé entendre que, si nous utilisons ce dernier, il serait beaucoup plus facile de sacrifier la

whereas if we use the former — the language of human rights — the debate becomes anchored in the principles of democratic freedom. She argued that if Canada relies on the language of human rights when considering privacy, it will be in a stronger position to deal with the regulation of genetic privacy, medical privacy, questions of terrorism and hate crimes.

Ms Steeves acknowledged the essential role of the Privacy Commissioner in this country, but stated that all privacy matters do not funnel through his office. Thus, there is a need for an umbrella statement of privacy principles. She suggested the option of removing clauses 4 to 6 of the bill — which were criticized by the Privacy Commissioner and Justice Canada — and replacing them with something modeled on the *Canadian Bill of Rights*, which basically gives the courts the power to look at other pieces of federal legislation to ensure they are following the principles of the Bill of Rights.

The federal Privacy Commissioner supported the intent of Bill S-21 to provide a framework for testing existing and future laws of Canada against privacy rights. He described this as a significant gap in the federal Privacy Act. Another gap he noted in the Privacy Act was that it does not have paramountcy. He supported the notion of paramountcy in Bill S-21, such that existing and future legislation would have to respect privacy rights.

The Commissioner was concerned primarily with clauses 4 and 5, which provide that an individual who feels his or her privacy rights are being violated by the federal government or by a federally regulated private sector body, could use litigation to protect his or her rights. He noted that there is currently a process in place for dealing with such complaints: the Privacy Commissioner. He argued that Bill S-21 would create a parallel complaint process that could create parallel sets of rulings on similar issues. He feared this could create a dangerous collection of competing rulings. He pointed out that this process would not only be costly for the government and private sector, but it would also raise the question of which rulings should take precedence.

The Privacy Commissioner also felt Bill S-21 presents itself as if there were no privacy legislation in place in Canada. He thought it could cause credibility problems for the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* and could threaten the effectiveness of other privacy legislation. He argued that the current legislative regime adequately protects the privacy rights of Canadians in circumstances that fall under federal jurisdiction, and was confident that concerns such as those expressed about personal health information could be addressed by existing legislative tools.

Senior General Counsel from the Public Law Policy Section of Justice Canada praised Bill S-21 as a novel point of reference for future governmental work on privacy protection and supported the preamble and statement of principles in the bill. She explained that the Department did, however, have several serious reservations about Bill S-21 in its present form.

vie privée au nom de la commodité, tandis que si nous utilisons le langage des droits de la personne le débat porterait sur les principes de la liberté démocratique. Pour elle, le Canada sera en meilleure posture pour s'attaquer à la réglementation de la vie privée en matière génétique et médicale, ainsi que pour ce qui est du terrorisme et des crimes haineux si nous recourons à ce second langage.

Mme Steeves a reconnu le rôle essentiel que joue le commissaire à la vie privée dans ce pays, tout en signalant que toutes les questions de vie privée ne passent pas nécessairement par son bureau. Il est donc à son avis nécessaire d'établir un énoncé de principe général sur la vie privée. Elle a suggéré d'éliminer les articles 4, 5 et 6 du projet de loi, critiqués par le commissaire à la vie privée et Justice Canada, pour les remplacer par un libellé inspiré de la *Déclaration canadienne des droits*, qui confère aux tribunaux le pouvoir de vérifier si les autres lois fédérales respectent ses principes.

Le commissaire à la vie privée fédéral appuie l'esprit du projet de loi S-21, car celui-ci constitue un cadre permettant d'évaluer les lois actuelles et futures à la lumière des droits à la vie privée, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* présentant une lacune importante à cet égard. La Loi présente une autre lacune, puisqu'elle n'a pas préséance. Il a appuyé la notion de primauté du projet de loi S-21, selon lequel toute loi existante et future doit respecter les droits à la vie privée.

Le Commissaire s'inquiétait essentiellement des articles 4 et 5, selon lesquels quiconque estime que le gouvernement fédéral ou un organisme du secteur privé sous réglementation fédérale viole ses droits à la vie privée pourrait intenter des poursuites. Il a fait remarquer qu'il existe actuellement un processus pour ce type de situation: le Commissaire à la vie privée. Il a fait valoir que le projet de loi S-21 créerait un processus parallèle accompagné d'un ensemble de décisions parallèles sur les mêmes questions. Il a dit craindre que cela ne crée un recueil dangereux de décisions conflictuelles. Il a signalé que ce processus serait onéreux pour l'État et pour le secteur privé et qu'il soulèverait la question de savoir quelles décisions priment.

Le Commissaire à la vie privée a également indiqué que le projet de loi S-21 est présenté comme s'il n'existait aucune législation en matière de protection des renseignements personnels au Canada. À son avis, cela pourrait créer des problèmes de crédibilité de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* et pourrait menacer l'efficacité des autres lois sur le respect des renseignements personnels. Il estime par ailleurs que le régime législatif actuel protège adéquatement les droits à la vie privée des Canadiens dans les situations qui tombent sous le coup de la juridiction fédérale et s'est dit confiant que les outils législatifs en place répondent aux préoccupations exprimées, notamment à propos des renseignements personnels d'ordre médical.

L'avocate générale principale de la Section des politiques en matière de droit public du ministère de la Justice a estimé que l'approche adoptée dans le projet de loi S-21 constituait un point de référence novateur pour le travail que le gouvernement effectuera sur la protection de la vie privée et a déclaré appuyer le préambule et l'énoncé de principe du projet de loi. Elle a expliqué

The Department thought the bill would create a great deal of uncertainty and could pose obstacles to many government programs and policies because it raises doubts about the legality of statutory enforcement regimes currently in place that are in compliance with the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* and other relevant legislation. It was also argued that the application of the bill could be problematic. For example, private individuals engaging in certain activities, such as surveillance of their own property, could be exposed to criminal proceedings under the *Criminal Code*. The Department felt that even if Bill S-21 were amended to reduce the application of the Act to federal organizations and governmental institutions, federal departments would still have difficulties in fulfilling their mandate with regard to activities such as monitoring their property and, possibly, with security.

The Department questioned the proper heading of constitutional competence to which Parliament would attach Bill S-21: federal or provincial or both? There was also serious concern that the bill would turn on its head the notion that one can do as one sees fit, unless a democratically elected body has decided otherwise.

It was argued that Bill S-21 could obstruct and confuse the approach adopted by the courts when applying the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* because it would not be possible for the courts to take into account the relevant context and to weigh the various conflicting values in many situations. The Department felt it probable that the bill would be interpreted differently from the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* when balancing the right to privacy against the public interest. Given the primacy of this legislation, it was argued that many areas of law might need to be re-litigated, which could be very expensive for government and the private sector.

The Department was not convinced that simply removing clauses 4 to 6 would be sufficient to make the bill workable. There was great concern about the primacy statement in clause 11. The Department was also worried about how the bill would interact with the *Canadian Human Rights Act*, the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* and the *Official Languages Act*.

Observations

The Committee is keenly aware that privacy rights have become especially fragile in the security-driven wake of the events of September 11th. The Committee's observations are founded on the premise that privacy is a human right. We recognize its inclusion in the Universal Declaration of Human Rights and the International Covenant on Civil and Political Rights as clear indications that the right to privacy is a human right deserving of the utmost respect. We understand the idea of legislating a statement of privacy principles, including a legal right to privacy. The Committee applauds Senator Finestone for

que le ministère avait néanmoins plusieurs réserves importantes au sujet du projet de loi S-21 sous sa forme actuelle.

De l'avis du ministère de la Justice, le projet de loi S-21 devrait soulever bien des incertitudes et pourrait entraver bon nombre de programmes et de politiques publiques, car il met en doute la légitimité des régimes d'application de la loi en vigueur qui se conforment à la *Charte canadienne des droits et libertés* et des autres lois pertinentes. Certains ont également dit que l'application du projet de loi pouvait être problématique. Par exemple, les individus qui se livrent à certaines activités, comme la surveillance de leurs propres biens, pourraient être passibles de poursuites en vertu du *Code criminel*. Le ministère a estimé que, même si le projet de loi S-21 est amendé pour restreindre l'application de la loi aux organismes fédéraux et aux institutions gouvernementales, les ministères fédéraux auraient toujours de la difficulté à assumer leur mandat pour ce qui est des activités comme la surveillance des biens et, éventuellement, la sécurité.

Le ministère s'est demandé si ce serait le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial ou les deux ordres de gouvernement qui seraient responsables du point de vue constitutionnel du projet de loi S-21. Certains ont dit également craindre sérieusement que le projet de loi permette de faire ce que bon nous semble, à moins qu'un organe démocratiquement élu n'en décide autrement.

Le projet de loi S-21 pourrait, selon certains, être contraire à l'approche adoptée par les tribunaux pour ce qui est d'appliquer la *Charte canadienne des droits et libertés*, car il ne serait pas possible pour ces derniers de prendre en compte le contexte pertinent et les valeurs conflictuelles dans de nombreuses situations. Le ministère a estimé qu'il était probable que le projet de loi serait interprété différemment de la *Charte canadienne des droits et libertés* pour ce qui est d'établir un équilibre entre le droit à la vie privée et l'intérêt public. Étant donné la primauté de cette loi, il faudrait, selon certains, reprendre de nombreux aspects de la loi, ce qui pourrait être très onéreux pour le gouvernement et le secteur privé.

Le ministère n'était pas convaincu que la simple élimination des articles 4, 5 et 6 suffirait à faire du projet de loi un texte fonctionnel. Certains se sont dit très inquiets de ce que l'article 11 prévoie la préséance de ce projet de loi. Le ministère s'est également dit préoccupé de l'interaction entre le projet de loi et la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, la *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Loi sur les langues officielles*.

Observations

Le Comité est tout à fait conscient que les droits à la vie privée sont devenus particulièrement fragiles dans le sillage des événements du 11 septembre. Ses observations sont fondées sur le principe que la vie privée est un droit de la personne. Nous reconnaissons que le fait qu'il soit mentionné dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et le *Pacte international relative aux droits civils et politiques* est un signe manifeste qu'il constitue un droit méritant le plus haut respect. Nous comprenons l'idée de légiférer un énoncé de principe en matière de respect de la vie privée, notamment un droit à la vie privée. Le Comité loue la

being vigilant in the pursuit of safeguarding human rights at a time of heightened anxiety and security.

The Committee notes that there is no single, universally-accepted definition of privacy. While classically understood as the "right to be left alone," we believe that there are many ways of defining privacy. It has been described as the desire of people to choose freely under what circumstances and to what extent they wish to expose their lives, their attitudes, and their behaviour to others. Others have equated it with the right to enjoy private space, to conduct private communications, to be free from surveillance and to have the sanctity of one's body respected. We think these are all valid interpretations and see no need to choose one over another.

We heard that the existing federal legislative infrastructure regarding the protection of privacy is considered by many to be a "patchwork" of protections. The Committee understands that there is no explicit constitutional right to privacy, although sections 7 and 8 of the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* have been interpreted by the Supreme Court of Canada as providing protection against "unreasonable" invasions of privacy. We note that the *Privacy Act* applies exclusively to the federal public sector in relation only to *data collection*. In this context, the Act places limits on the collection, use, disclosure and disposal of personal information held by the federal government and federal agencies. We also note that the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* (PIPEDA) applies to the federally-regulated private sector with respect to the collection, use and disclosure of personal information, but only in the course of *commercial activities*. While PIPEDA will also eventually apply to personal health information and provincial matters, it will still be exclusively with respect to commercial activities.

We were told, and agree, that Bill S-21 would act as umbrella legislation, under which the *Privacy Act* and PIPEDA, and such other existing and future specialized privacy legislation would constitute the different spokes; it would set out the governing principles on privacy in Canada.

The Committee is concerned, however, about the the interaction between the right to privacy, the *Criminal Code* and the burden of proof, and how this interaction would play out in practice under Bill S-21. Burden of proof in this context refers to the obligation to affirmatively prove that what one is doing is lawful as opposed to being able to do as one pleases as long as it is not unlawful. Clause 5(3) of Bill S-21 states that a privacy infringement may be justifiable if it is "lawful". Therefore, the burden would be on the party infringing the privacy right to prove that the infringement was lawful. We were told that this differs from the current laws, where a person, including the Crown in some circumstances, is free to act unless that action is prohibited by law. It was explained that this type of reverse onus is only rarely and very carefully used

sénatrice Finestone pour la vigilance qu'elle a démontrée dans la poursuite de la protection des droits de la personne en cette période d'anxiété et de sécurité accrues.

Le Comité signale qu'il n'y a pas de définition unique et universelle de la protection de la vie privée. Si cette expression signifie en général le droit de ne pas être dérangé, nous estimons qu'il y a néanmoins bien des façons de la définir. Pour certains, c'est la liberté de choisir dans quelles circonstances et dans quelle mesure dévoiler sa vie, son attitude et son comportements à autrui. Pour d'autres, c'est le droit à un espace qui leur est propre, le droit d'avoir mener des communications privées, d'être libres de toute surveillance et de faire respecter l'intégrité de leur corps. Il s'agit pour nous d'interprétations qui sont toutes valides et nous ne voyons pas la nécessité de n'en retenir qu'une.

On nous a dit que l'infrastructure législative existant actuellement au niveau fédéral à propos de la protection de la vie privée est considérée par bien des gens comme un ensemble disparate de mesures de protection. Pour le Comité, il n'y a pas de droit constitutionnel explicite à la vie privée, même si les articles 7 et 8 de la *Charte canadiennes des droits et libertés* ont été interprétés par la Cour suprême du Canada comme fournissant une protection contre des atteintes déraisonnables à la vie privée. Nous soulignons que la *Loi sur la protection des renseignements personnels* s'applique exclusivement au secteur public fédéral pour ce qui est seulement de la *collecte de données*. Dans ce contexte, la Loi limite la collecte, l'utilisation, la divulgation et l'élimination de renseignements personnels détenus par le gouvernement et les organismes fédéraux. Nous estimons également que la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* s'applique au secteur privé sous réglementation fédérale à l'égard de la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels, mais uniquement dans le contexte d'activités commerciales. Si cette loi s'appliquait aussi aux renseignements personnels d'ordre médical et aux questions provinciales, ce serait encore exclusivement en ce qui concerne les activités commerciales.

On nous a dit, et nous en avons convenu, que le projet de loi S-21 deviendrait une loi générale dont la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, et toute autre loi existante et future spécialisée concernant la vie privée constitueront l'armature; il établit les principes de base en matière de protection de la vie privée au Canada.

Le Comité s'inquiète néanmoins de l'interaction entre le droit à la vie privée, le *Code criminel* et le fardeau de la preuve et de la manière dont cette interaction évoluera en pratique une fois le projet de loi S-21 devenu loi. Le fardeau de la preuve dans ce contexte fait référence à l'obligation de prouver que les activités auxquelles on s'adonne sont licites, par opposition à faire ce que bon nous semble tant que cela n'est pas illégal. Le paragraphe 5(3) du projet de loi S-21 énonce qu'une atteinte à la vie privée peut se justifier si elle est licite. Il incombera donc à celui qui est responsable de l'atteinte au droit à la vie privée de prouver que cette atteinte était licite. On nous a dit que ceci s'oppose aux lois en vigueur, en vertu desquelles quiconque, y compris la Couronne dans certains cas, est libre d'agir à moins

in our laws. Furthermore, section 126 of the *Criminal Code* states that anyone who contravenes a federal statute without a "lawful" excuse is guilty of an indictable offence. Thus, unless proven "lawful," an infringement of privacy under the bill would be caught by section 126 as contravening a statute and would be an indictable offence. The Committee believes this aspect of the bill requires further study.

The Committee also has concerns about the role of the federal Privacy Commissioner in relation to Bill S-21. We heard that because the bill would set up a separate complaints process from that under the *Privacy Act*, competing rulings could arise that would raise questions of precedence. The Committee would prefer to see the Privacy Commissioner more directly implicated in the application of a Privacy Rights Charter. We understand that a bill so implicating the Commissioner cannot originate in the Senate, and this is another aspect of the bill we feel requires further study.

Finally, the Committee is of the opinion that serious consideration should be given to Ms Steeves' suggestion of modeling the bill after the *Canadian Bill of Rights*. Section 3 of the Bill of Rights requires the Minister of Justice to examine every bill and regulation to ascertain whether any of their provisions are inconsistent with the Bill of Rights. Any such inconsistency must be reported to the House of Commons at the first convenient opportunity. The Committee notes that clause 6 of Bill S-21 is very similar to this, but the bill goes much further by setting out a mechanism in clauses 4 and 5 that would enable individuals to enforce their right to privacy. The wording used in the Bill of Rights, on the other hand, indicates it was intended to be used primarily as a guide for the interpretation of federal statutes and to authorize the courts to review administrative action taken under the laws of Canada in light of the rights and freedoms recognized in the Bill of Rights.

Thus, modeling Bill S-21 after the Bill of Rights would entail removing clauses 4 and 5. The courts would still have the power to look at other pieces of federal legislation to see if they are in keeping with the principles laid out in Bill S-21. The Committee notes that when the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* came into force, many expected the Bill of Rights would no longer be of utility and would lose its relevance. On the contrary, it has been used, and continues to be used, by the courts as a significant guidepost in the interpretation and protection of individual rights and freedoms. With some further study and revision, a Privacy Rights Charter could serve that same important function.

Respectfully submitted,

que l'acte en question soit interdit par la loi. On nous a expliqué ce que ce type de fardeau de la preuve inversé n'est utilisé dans nos lois que très rarement et avec beaucoup de précautions. Qui plus est, il est indiqué à l'article 126 du *Code criminel* que quiconque contrevient à une loi fédérale sans motif licite est coupable d'infraction. Donc, toute atteinte à la vie privée aux termes du projet de loi serait considérée en vertu de l'article 126 comme la violation d'une loi et constituerait donc une infraction, sauf si l'on prouve qu'elle est légitime. Le Comité estime que cet aspect de la loi doit être étudié plus avant.

Le Comité a également certaines préoccupations concernant le rôle du commissaire à la vie privée fédéral relativement au projet de loi S-21. On nous a dit que, parce que le projet de loi établirait un processus de grief distinct de celui prévu par la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, il pourrait y avoir conflit entre décisions rendues, ce qui soulèverait des questions de préséance. Le Comité aimerait que le commissaire à la vie privée participe plus directement à l'application d'une Charte du droit à la vie privée. Nous croyons comprendre qu'un projet de loi faisant intervenir ainsi le commissaire ne peut émaner du Sénat et nous estimons donc que c'est là un autre aspect du projet de loi qui doit être étudié davantage.

Enfin, le Comité est d'avis qu'il faudrait examiner plus sérieusement la suggestion avancée par Mme Steeves de modeler le projet de loi sur la *Déclaration canadienne des droits*. L'article 3 de cette déclaration exige du ministre de la Justice qu'il examine chaque projet de loi et règlement pour établir si certaines des modalités n'y sont pas conformes. Tout écart doit être communiqué à la Chambre des communes au plus vite. Le Comité signale que l'article 6 du projet de loi S-21 est très similaire à cette disposition, mais que le projet de loi va beaucoup plus loin en établissant un mécanisme aux articles 4 et 5 qui permettrait aux individus de faire appliquer leur droit à la vie privée. De par son libellé, la *Déclaration canadienne des droits* a pour principal objectif de servir de guide d'interprétation des lois fédérales et d'autoriser les tribunaux à revoir les mesures administratives prises en vertu des lois canadiennes à la lumière des droits et libertés qu'elle reconnaît.

Donc, pour modeler le projet de loi S-21 sur la *Déclaration canadienne des droits*, il faudrait éliminer les articles 4 et 5. Les tribunaux auraient toujours le pouvoir d'examiner les autres lois fédérales pour vérifier qu'elles cadrent avec les principes établis dans le projet de loi S-21. Le Comité souligne que, au moment de l'entrée en vigueur de la *Charte canadienne des droits et libertés*, bien des gens s'attendaient à ce que la *Déclaration canadienne des droits* ne soit plus utile et perde de sa pertinence. Au contraire, les tribunaux s'en sont servis et continuent de le faire pour interpréter et protéger les droits et libertés des particuliers. Après étude et révision, une Charte du droit à la vie privée pourrait avoir la même utilité.

Respectueusement soumis,

Friday, December 14, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

FOURTEENTH REPORT

Your Committee, which was authorized on Thursday, March 1, 2001 to examine and report upon the developments since Royal Assent was given during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament to Bill C-6, an *Act to support and promote electronic commerce by protecting personal information that is collected, used or disclosed in certain circumstances, by providing for the use of electronic means to communicate or record information or transactions and by amending the Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and the Statute Revision Act*, now tables its report.

Background

In November 1999, the Committee held extensive hearings in consideration of Bill C-6, today known as the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act 2000*, S.C. c. 5 (hereinafter the *Act*). At these hearings, witnesses representing the health sector demonstrated a lack of unanimous support for the Act as presented. Their primary concern was the possible impact of the Act on their ability to collect, use and disclose personal health information and hence on their ability to keep the health system functioning efficiently and effectively.

The Act imposes obligations on organizations with respect to the collection, use and disclosure of personal information within the course of commercial activities. The responsibility for oversight, redress and audit under the Act rests with the Privacy Commissioner.

The substantive obligations created by the Act are contained in the *Canadian Standards Association Model Code*. The *Code* is incorporated by reference in section 5(1) of the Act, thus giving it the force of law. The *Model Code* was said to have been developed through five years of negotiation among stakeholders primarily in the business community; however, the evidence before the Committee in 1999 suggested that the health sector had not participated sufficiently in the negotiation of the *Model Code* and, therefore, it did not reflect the realities of that sector.

For that reason, and in recognition of the importance and complexity of the issues, the Committee recommended that Bill C-6 be amended to suspend the collection, use and disclosure of personal health information from the application of Part 1. The government accepted the recommendation and amended the bill with the addition of section 30.(1.1). That section, which created a one-year suspension, was proclaimed in force January 1, 2001, (SI/2000-29). As such, the Act will begin to apply to personal health information on January 1, 2002.

Le vendredi 14 décembre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

QUATORZIÈME RAPPORT

Votre Comité, qui a été autorisé le jeudi 1^{er} mars 2001 à examiner les faits nouveaux et à en faire rapport depuis que la sanction royale a été donnée durant la deuxième session de la 36^e législature au projet de loi C-6, *Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce électronique en protégeant les renseignements personnels recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances, en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois*, dépose maintenant son rapport.

Contexte

En novembre 1999, le Comité a tenu des audiences détaillées pour étudier le projet de loi C-6, maintenant appelé *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques 2000*, L.C. ch. 5 (ci-après la *Loi*). Lors de ces audiences, les témoins représentant le secteur de la santé se sont pas prononcés unanimement en faveur de la loi telle que présentée. Leur souci premier concerne la possibilité que la Loi rende plus difficile la tâche de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels sur la santé, et donc de pouvoir maintenir un système de santé efficient et efficace.

La Loi impose des obligations aux organisations concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels dans le cours d'activités commerciales. La responsabilité de la surveillance, de la réparation et de la vérification en vertu de la Loi appartient au commissaire à la protection de la vie privée.

Les obligations réelles créées par la Loi sont contenues dans le *Code type de l'Association canadienne de normalisation*. Le *Code* a été incorporé par renvoi au paragraphe 5(1) de la Loi, ce qui lui donne force de loi. Le *Code type* aurait été le fruit de cinq années de négociations entre intervenants provenant surtout du secteur des affaires; d'après les témoignages recueillis par le Comité en 1999, il semblerait toutefois que le secteur de la santé n'ait pas participé suffisamment à la négociation du *Code type* et qu'en conséquence celui-ci ne reflète pas les réalités de ce secteur.

Pour cette raison, et en reconnaissance de l'importance et de la complexité des enjeux, le Comité a recommandé de modifier le projet de loi C-6 de manière à soustraire la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé de l'application de la Partie I. Le gouvernement a accepté la recommandation et a modifié le projet de loi avec l'ajout du paragraphe 30(1.1). Ce paragraphe, qui fixait un sursis d'un an, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001 (SI/2000-29). La Loi commencera dès lors à s'appliquer aux renseignements personnels sur la santé le 1^{er} janvier 2002.

Observations and Recommendations

The Committee is aware that, since 1999, discussions have been ongoing between certain health sector stakeholders and government to clarify and resolve these issues. These discussions did not reach a definitive conclusion, although significant progress has been made.

The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) considered the issues over a two year process of background work and consultations among relevant stakeholders. This process has resulted in recommendations in the form of draft regulations, which it has submitted to the Committee for its consideration (Appendix 1). The Committee has considered the regulations proposed by CIHR, and commends CIHR for its efforts in this regard. The Committee supports the intent of the proposed regulations. The Committee is confident that these regulations will receive their fullest and fairest consideration in those discussions in the relevant forum.

As well, the Privacy Working Group, a discussion forum consisting of some stakeholders in the health sector, has informed the Committee that it was able to make some progress towards achieving consensus within the sector by focussing its discussion on the principles underlying the privacy of health information (Appendix 2). While the discussion did not produce a unified position, it did result in agreement on many issues, including a process to address the unresolved issues. The Working Group expressed the view that that process would require the active involvement and leadership of the federal government. However, in a letter to the Canadian Medical Association (Appendix 3), the government made it clear that the concerns of the Privacy Working Group should be resolved between the members of the group and the Privacy Commissioner. The Committee recommends that discussions pursue among stakeholders, the Privacy Commissioner, and those federal and provincial governments departments involved with the provision, management, evaluation and quality assurance of health services.

In a letter of November 20, 2001 to the Chairman of the Committee (Appendix 3), the Privacy Commissioner undertakes to maintain "vigilant oversight" in order to ensure that personal health information is collected, used and distributed only as appropriate. To this end, he states his intention to interpret sections 7(2)(c) and 7(3)(f) of the Act in a broad manner, with a view to ensuring that *bona fide* health research is not deterred or impeded. We have carefully considered the timely and judicious intervention of the Privacy Commissioner and we are satisfied that the approach he proposes will provide assurance that individuals' privacy rights will be protected, while at the same time ensuring that organizations will be able to collect, use and disclose personal information for health research purposes in appropriate ways. However, the Committee is of the view that regulations such as those proposed by CIHR may nonetheless be necessary to provide greater clarity and certainty of the law and to ensure that its objectives will be met without preventing important research to continue to better the health of Canadians and improve their

Observations et recommandations

Le Comité sait que des discussions ont cours depuis 1999 entre certains intervenants du secteur de la santé et le gouvernement pour clarifier et résoudre ces questions. Ces discussions n'ont pas abouti à un consensus définitif, bien que des progrès importants aient été accomplis.

L'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) a étudié la problématique dans le cadre de travaux préliminaires et de consultations auprès des intervenants concernés qui ont duré deux ans et ont abouti à des recommandations sous forme de, qu'il a soumis au Comité pour étude (annexe 1). Le Comité a étudié le règlement proposé par l'IRSC et le félicite de son travail. Il appuie l'esprit du projet de règlement. Le Comité est convaincu que le règlement recevra une attention complète et équitable lors de ces discussions, menées dans le cadre approprié.

De même, le Groupe de travail sur la protection de la vie privée — ce forum de discussion est composé de certains intervenants du secteur de la santé — a informé le Comité qu'il avait réussi à réaliser certains progrès vers un consensus dans le secteur en axant la discussion sur les principes sous-jacents au caractère privé des renseignements sur la santé (Annexe 2). La discussion n'a pas débouché sur une position unifiée mais a permis de s'entendre sur plusieurs points et notamment sur un processus pour régler les points en suspens. Le Groupe de travail était toutefois d'avis que le processus nécessiterait la participation active et le leadership du gouvernement fédéral. Toutefois, dans une lettre à l'Association médicale canadienne (annexe 3), le gouvernement a nettement laissé entendre qu'il appartient aux membres du Groupe de travail sur la protection de la vie privée et au commissaire à la protection de la vie privée de régler les problèmes soulevés par le Groupe de travail. Le Comité recommande que les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée et les ministères fédéraux et provinciaux, que préoccupent la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance-qualité des services de santé poursuivent leurs discussions.

Dans une lettre datée du 20 novembre 2001 et adressée au président du Comité (annexe 3), le commissaire à la protection de la vie privée s'engage à maintenir une surveillance vigilante afin que les renseignements personnels sur la santé soient recueillis, utilisés et divulgués uniquement comme il se doit. À cette fin, il affirme son intention d'interpréter les alinéas 7(2)c) et 7(3)f) de la Loi d'une manière générale, afin de ne pas décourager ni empêcher la recherche sérieuse en santé. Nous avons étudié attentivement l'intervention opportune et judicieuse du commissaire et nous sommes convaincus que la formule qu'il propose apporte l'assurance de protection des droits à la vie privée des individus tout en permettant aux organisations de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels à des fins de recherche en santé d'une manière appropriée. Le Comité est cependant d'avis qu'il faudrait néanmoins un règlement tel que ceux proposés par l'IRSC pour clarifier la loi et la rendre plus certaine, et pour garantir que ses objectifs seront atteints sans compromettre la poursuite de recherches importantes visant à

health services. Also, further guidance and direction is needed in respect of the provision, management, evaluation and quality assurance of health services.

The Committee is also mindful that, pursuant to section 29(1) of the Act, Part I will be subject to review by a committee of Parliament five years after its coming into force.

In light of all these considerations, the Committee is of the view that its further intervention is not warranted at the present time. Nevertheless, it is the Committee's intention to actively monitor the discussions, as well as the approaches and solutions, which emerge. Perhaps more importantly, the Committee recognizes that the privacy issue needs to be addressed in the context of the development of the electronic health record (EHR). The Committee is on record as strongly supporting the rapid development of the EHR. At the same time, the Committee is very mindful of the potential risks to the privacy of personal health information, which arise as a result of the creation of an EHR. The Committee hopes to work with all interested parties in seeking a solution that appropriately balances the need for privacy with the need for an EHR.

Respectfully submitted,

améliorer la santé des Canadiens et les services de santé qui leur sont offerts. De plus, des orientations et des directives plus précises s'imposent concernant la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance-qualité des services de santé.

Le Comité est également conscient que conformément au paragraphe 29(1) de la Loi, la Partie I fera l'objet d'un examen par un comité du Parlement cinq ans après son entrée en vigueur.

Pour toutes ces raisons, le Comité estime qu'il n'est pas justifié pour l'instant d'intervenir davantage. Néanmoins, le Comité a l'intention de suivre attentivement le débat ainsi que les approches et les solutions qui émergeront. Plus important sans doute, il reconnaît qu'il faut aborder la question de la protection des renseignements personnels dans le contexte de l'établissement du dossier de santé électronique. Le Comité s'est prononcé ouvertement en faveur de l'établissement du dossier de santé électronique, tout en se disant très conscient des risques que cela peut présenter pour la protection des renseignements personnels sur la santé. Il espère travailler avec toutes les parties intéressées à la recherche d'une solution qui fera la part entre le besoin de protéger les renseignements personnels et le besoin d'établir un dossier de santé électronique.

Respectueusement soumis,

La vice-présidente

MARJORY LEBRETON

Deputy Chair

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, December 13, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-12, to amend the Statistics Act and the National Archives of Canada Act (census records), met this day at 11:05 a.m. to give clause-by-clause consideration to the bill; and to consider the draft report on Bill S-21, to guarantee the human right to privacy; and to consider the draft report on the developments since Royal Assent was given during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament to Bill C-67, to support and promote electronic commerce by protecting personal information that is collected, used or disclosed in certain circumstances, by providing for the use of electronic means to communicate or record information or transactions and by amending the Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and the Statute Revision Act.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: Honourable senators, we will begin with our agenda for today. We have Bill S-12, a report on the subject matter of Bill S-21, and a report on Bill C-6. We will start, honourable senators, with Bill S-12. I note that Senator Milne is here with us today.

Senator Milne: I am inadvertently a member of the committee.

The Deputy Chairman: I will follow the proper order here. It is my understanding there was general agreement among committee members to dispense with a clause-by-clause examination. I would therefore require a motion to dispense with the clause-by-clause examination. It is moved by Senator Cook, seconded by Senator Cordy. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Carried. Unless someone wishes to propose amendments, I now need a motion dealing with the bill in its entirety. I will require a mover for this as well. It is moved by Senator Cordy, seconded by Senator Morin. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt this motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Carried. I will put for the record "on division" on behalf of one of my colleagues, one of the permanent members of the committee, who had requested that, if that is legal.

I understand committee members would now like to discuss the attached observations to the committee's report on this bill. Does everyone have the draft observations that were circulated?

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 13 décembre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi S-12, Loi modifiant la Loi sur la statistique et la Loi sur les Archives nationales du Canada (documents de recensement), se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, pour étudier le projet de loi article par article, examiner l'ébauche du rapport sur le projet de loi S-21, Loi visant à garantir le droit des individus au respect de leur vie privée, ainsi qu'examiner l'ébauche du rapport sur les faits nouveaux survenus depuis que la sanction royale a été accordée, au cours de la deuxième session de la 36^e législature, au projet de loi C-6, Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce électronique en protégeant les renseignements personnels recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances, en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Honorables sénateurs, selon l'ordre du jour de notre réunion d'aujourd'hui, nous allons étudier le projet de loi S-12, le rapport sur la teneur du projet de loi S-21 ainsi que le rapport sur le projet de loi C-6. Nous allons commencer par le projet de loi S-12. Je remarque la présence parmi nous aujourd'hui du sénateur Milne.

Le sénateur Milne: Il se trouve que je suis membre du comité.

La vice-présidente: Je vais procéder dans l'ordre. Je pense que les membres du comité ont convenu de laisser tomber l'examen article par article du projet de loi. Je dois par conséquent recevoir une motion à cet effet. La motion est proposée par le sénateur Cook, appuyée par le sénateur Cordy. Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix: Oui.

La vice-présidente: Adoptée. À moins que quelqu'un veuille proposer des amendements, je suis prête à recevoir une motion concernant le projet de loi dans sa totalité. Il faut aussi un proposeur. La motion est proposée par le sénateur Cordy, appuyée par le sénateur Morin. Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix: Oui.

La vice-présidente: Adoptée. Je vais faire inscrire que la motion a été adoptée «avec dissidence» au nom d'un de mes collègues, un membre permanent du comité, qui me l'a demandé, si c'est permis.

Je crois comprendre que les membres du comité veulent discuter des observations annexées au rapport du comité sur le projet de loi. Avez-vous tous en main les observations proposées qui ont été distribuées?

Senator Milne: I would like to make some factual corrections to this report. Sault Ste. Marie is usually spelled with an "E" in the "Ste." I believe in the last paragraph on this first page, it shows 92 years and it is actually 91 years.

The Deputy Chairman: All right. Senator Kirby had submitted his comments. On the third paragraph of the first page, the paragraph beginning, "Those in support..." Senator Kirby recommends the following changes. The last sentence in the paragraph starts with, "It was suggested..." On the original, it was a very short sentence, suggested that the insurance industry, et cetera.

His recommendation is: "It was suggested by one witness that the insurance industry could use such information for making decisions regarding coverage." This is an addition: "However, it was also pointed out that several serious but preventable conditions are also genetic in nature and that an accurate family tree can predict these conditions and allow for their early treatment or even prevention." He wanted to add that sentence.

Senator Callbeck: Would you read it again?

The Deputy Chairman: "It was suggested by one witness" — he wanted that clarified, because there was one witness — "that the insurance industry could use such information for making decisions regarding coverage. However, it was also pointed out that several serious but preventable conditions are also genetic in nature and that an accurate family tree can predict these conditions and allow for their early treatment or even prevention."

Senator Milne had some views on that. That was the question about having genetic information used against you.

Senator Cook: Should "genetic" be in a different spot than where it is?

Senator Milne: That, to me, seems to be factual.

The Deputy Chairman: It did reflect the witness.

Senator Cordy: That seems to give it a more balanced viewpoint.

Senator Cook: Is he referring to illnesses or conditions?

Senator Milne: Genetic conditions, they are not necessarily illnesses.

Senator Cook: It says, "preventable conditions are also genetic in nature." I think that "genetic" should be before "condition."

Senator Milne: You are right, "genetic in nature."

Senator Cook: Preventable conditions that are... Something is loose here.

Senator Callbeck: What something?

Senator Cook: "However, it was pointed out that several serious but preventable conditions are also genetic in nature."

Le sénateur Milne: J'aimerais faire apporter quelques corrections de forme au rapport. D'abord, il faudrait ajouter un «e» au mot «Ste» de Sault Ste. Marie. Puis, dans le dernier paragraphe de la première page, il faudrait remplacer le chiffre 92 par 91.

La vice-présidente: Très bien. Le sénateur Kirby nous a remis ses commentaires. Dans le troisième paragraphe de la première page, celui qui commence par: «Cependant, les partisans...», le sénateur Kirby propose de modifier la dernière phrase qui commence par: «D'aucuns ont laissé entendre...» Cette phrase est très courte et parle de l'industrie des assurances et le reste.

Il propose la phrase suivante: «Il a été suggéré par un témoin que l'industrie des assurances pourrait se servir de l'information pour prendre des décisions sur la couverture à offrir». Il propose aussi d'ajouter ceci: «On a toutefois fait remarquer que plusieurs conditions graves mais évitables sont également de nature génétique et que, grâce à un arbre généalogique précis, elles peuvent faire l'objet d'un traitement précoce et même de mesures de prévention». C'est la phrase qu'il voulait faire ajouter.

Le sénateur Callbeck: Voudriez-vous la relire?

La vice-présidente: «Il a été suggéré par un témoin — il voulait préciser qu'il s'agissait d'un témoin — que l'industrie des assurances pourrait se servir de l'information pour prendre des décisions sur la couverture à offrir. On a toutefois fait remarquer que plusieurs conditions graves mais évitables sont également de nature génétique et que, grâce à un arbre généalogique précis, elles peuvent faire l'objet d'un traitement précoce et même de mesure de prévention».

Le sénateur Milne avait certaines idées sur le fait qu'on puisse utiliser contre nous des informations génétiques.

Le sénateur Cook: Le mot «génétique» devrait-il se trouver ailleurs dans la phrase?

Le sénateur Milne: Il me semble que c'est une question de forme.

La vice-présidente: C'est conforme à ce que le témoin a dit.

Le sénateur Cordy: Le point de vue semble ainsi être plus nuancé.

Le sénateur Cook: Fait-il référence à des maladies ou à des conditions?

Le sénateur Milne: À des conditions génétiques, qui ne sont pas nécessairement des maladies.

Le sénateur Cook: On dit que des «conditions évitables sont également de nature génétique». Je pense que le mot «génétique» devrait qualifier le mot «condition».

Le sénateur Milne: Vous avez raison, «de nature génétique».

Le sénateur Cook: Des conditions évitables qui sont... Il y a quelque chose de flou.

Le sénateur Callbeck: Qu'est-ce qui est flou?

Le sénateur Cook: «On a toutefois fait remarquer que plusieurs conditions graves mais évitables sont également de

There is something here. "That accurate family tree can predict these conditions and allow for their early treatment."

Senator Milne: "Several serious but preventable conditions are also genetic in nature, and several conditions are genetic in nature, and an accurate family tree..." You can take that out over here if you want.

Senator Cook: I do not know what the conditions are until I get over here.

Senator Cook: That needs to go in there somewhere.

The Deputy Chairman: Senator Cook, if you could suggest the wording, because I cannot put myself ahead of Senator Kirby.

This sentence was lifted off of testimony.

Senator Milne: This is the statement as it stands.

The Deputy Chairman: I did not have a problem with it.

Senator Cook: I have to read the entire sentence to find out what the condition was.

The Deputy Chairman: Senator Kirby, as Senator Milne noted, corrected it to 91 years. He took the word "their" out on the second page, first paragraph, "while their access..." should be "while access would be unrestricted..." You do not need "their" or "they."

Are there any other comments on Senator Kirby's recommendations?

Senator Murray, who as you know has taken a great interest in this legislation, felt that we should describe this as all personal census data in the preamble to be more definitive about which data is addressed.

Senator Milne: That was mentioned.

Senator Callbeck: Where do you put that in? Where in the preamble?

The Deputy Chairman: It was in the first paragraph. "The proposed amendments would mandate the transfer of census records..." Senator Murray thought that should be more clearly defined "as all personal census data or records..."

Senator Milne: It is a personal census. I think that is how it is defined.

The Deputy Chairman: Because of Statistics Canada's comments, he felt that there was some confusion because Statistics Canada also collects a lot of data that is more generic.

Senator Milne: They do call it "census."

The Deputy Chairman: That was something he thought that we should clarify. You are right though.

Senator Milne: Where should it go?

nature génétique». C'est un élément. Puis, on dit: «Que, grâce à un arbre généalogique précis, elles peuvent faire l'objet d'un traitement précoce».

Le sénateur Milne: «Plusieurs conditions graves mais évitables sont également de nature génétique, plusieurs conditions sont de nature génétique et que, grâce à un arbre généalogique précis...» On peut supprimer ce passage si vous voulez.

Le sénateur Cook: Je ne sais pas de quelles conditions il s'agit avant de lire plus loin.

Le sénateur Cook: Il faut en parler quelque part.

La vice-présidente: Sénatrice Cook, si vous pouviez proposer une phrase, parce que je ne peux pas me mettre à la place du sénateur Kirby.

Cette phrase est tirée des témoignages.

Le sénateur Milne: C'est la déclaration telle quelle.

La vice-présidente: Je ne voyais pas de problème.

Le sénateur Cook: Je dois lire toute la phrase avant de savoir de quelle condition il s'agit.

La vice-présidente: Comme le sénateur Milne l'a demandé, le sénateur Kirby a rétabli le chiffre 91. Dans la version anglaise, il a supprimé le mot «their» dans «while their access...», dans le premier paragraphe de la deuxième page, pour proposer «while access would be unrestricted...» Ce mot n'est pas nécessaire.

Y a-t-il d'autres commentaires sur les recommandations du sénateur Kirby?

Le sénateur Murray, qui s'est beaucoup intéressé à ce projet de loi, comme vous le savez, pense qu'il faudrait indiquer dans le préambule qu'il s'agit de toutes les données de recensement relatives à la population, pour préciser davantage les données qui sont visées.

Le sénateur Milne: On l'a mentionné.

Le sénateur Callbeck: Où l'indiquer? Où dans le préambule?

La vice-présidente: C'est dans le premier paragraphe. «Ces modifications entraîneraient le transfert des documents de recensement...» Le sénateur Murray pense qu'il faudrait préciser qu'il s'agit «de toutes les données ou documents de recensement relatifs à la population».

Le sénateur Milne: C'est un recensement de données personnelles. Je pense que c'est ainsi qu'on le définit.

La vice-présidente: Compte tenu des commentaires de Statistique Canada, il trouve que cela crée une certaine confusion parce que Statistique Canada recueille également beaucoup de données de nature plus générale.

Le sénateur Milne: Statistique Canada parle de «recensement».

La vice-présidente: Il trouve que c'est quelque chose que nous devrions préciser, mais vous avez raison.

Le sénateur Milne: Où l'indiquer?

The Deputy Chairman: Put in the first sentence, "The proposed amendments would mandate the transfer of all personal census data..." rather than "census records."

Senator Callbeck: It is in the first paragraph, second sentence.

The Deputy Chairman: Instead of "census records," Senator Murray thought that it would be much clearer if it read "all personal census data."

Senator Cook: Data, records, same thing.

The Deputy Chairman: I do not think we have to worry about that. It is the word "personal" that should be added to clarify what is personal information on individuals.

[Translation]

Senator Pépin: Should we verify the French translation?

Senator Morin: I do not have the French translation with me, only the English. We will look it over. We have some experts here with us, specifically the people doing the simultaneous translation for us right now.

[English]

The Deputy Chairman: Were they not? Do any honourable senators have any comments?

Senator Murray mentioned two other things. We had a discussion in the committee previously about not quoting directly from the Privacy Commissioner or the witness from Statistics Canada. He felt that we were not direct enough in stating in our observations that both the Privacy Commissioner and Stats Canada opposed the bill.

Senator Milne: If you say that, you should also say that the National Archivist and the Access to Information Commissioner approved the bill.

The Deputy Chairman: That is a fair comment.

Senator Cook: It is fine as it is. We could say, "notwithstanding the compulsory provisions of the Statistics Act."

The Deputy Chairman: I must say I agreed that it was a little bland. We had the witnesses. I agree with Senator Milne that in fairness we should also reflect the testimony of the two others. However, we should put it on the record.

Senator Cook: Are you in the third paragraph?

The Deputy Chairman: I was not talking about any particular paragraph.

Senator Cook: The third paragraph talks about the compulsory provisions of the Statistics Act.

The Deputy Chairman: However, Senator Murray felt that we should make a more direct reference to the testimony of the Privacy Commissioner and the witness from Statistics Canada, but

La vice-présidente: Dans la première phrase, en disant: «Ces modifications entraîneraient le transfert de toutes les données de recensement relatives à la population...», au lieu des «documents de recensement» tout court.

Le sénateur Callbeck: C'est la deuxième phrase du premier paragraphe.

La vice-présidente: Au lieu d'utiliser les mots «documents de recensement», le sénateur Murray pense qu'il serait plus clair d'indiquer «toutes les données de recensement relatives à la population».

Le sénateur Cook: Des données ou des documents, c'est la même chose.

La vice-présidente: Je ne pense pas que c'est ce qui est en cause. Ce qui compte, ce sont les mots «relatives à la population» qui devraient être ajoutés pour préciser qu'il s'agit d'informations personnelles sur les particuliers.

[Français]

Le sénateur Pépin: Faudrait-il vérifier la traduction française?

Le sénateur Morin: Je n'ai pas la traduction française ici, mais seulement le texte en anglais. Cela sera vérifié. On a des traducteurs experts ici, en particulier, ceux qui font la traduction simultanée en ce moment.

[Traduction]

La vice-présidente: N'ont-elles pas été traduites? Les sénateurs ont-ils d'autres commentaires?

Le sénateur Murray a fait deux autres remarques. Notre comité a déjà discuté du fait de ne pas citer directement le commissaire à la protection de la vie privée ou le témoin de Statistique Canada. Le sénateur Murray trouve que nous ne sommes pas assez directs en faisant observer que le commissaire à la protection de la vie privée et Statistique Canada contestent le projet de loi.

Le sénateur Milne: Dans ce cas, il faudrait aussi préciser que l'Archiviste national et le commissaire à l'accès à l'information approuvent le projet de loi.

La vice-présidente: C'est une remarque pertinente.

Le sénateur Cook: C'est bien ainsi. Nous pourrions dire: «malgré l'obligation de répondre prévue par la Loi sur la statistique».

La vice-présidente: J'admets que c'est un peu terne. Nous avons entendu les témoins. Je suis d'accord avec le sénateur Milne pour dire qu'en toute équité nous devrions aussi indiquer le point de vue des deux autres témoins. Cependant, il faudrait le faire consigner.

Le sénateur Cook: En êtes-vous au troisième paragraphe?

La vice-présidente: Je ne parlais d'aucun paragraphe en particulier.

Le sénateur Cook: Il est question de l'obligation de répondre de la Loi sur la statistique dans le troisième paragraphe.

La vice-présidente: Le sénateur Murray trouve cependant que nous devrions faire référence de façon plus directe aux témoignages du commissaire à la protection de la vie privée et à

as Senator Milne pointed out that we should also include National Archivist and the Access to Information Commissioner.

Senator Milne: I would just as soon not have any of them in, as it stands.

The Deputy Chairman: These are just suggestions I am putting on the table.

Senator Cordy: We generalized in other observations. It would have to be everyone. What happens to the other witnesses who appeared?

Senator Cook: We are opening up something that does not need to be opened.

Senator Roche: I support Senator Cordy; I think it is better to leave it in general terms.

The Deputy Chairman: Are all honourable senators in agreement?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Would you agree, even though it is self evident, that the words "all personal census records" could be put in there? It clarifies that which we reference. We are talking about peoples' personal records. Are all honourable senators agreed? It is more for the public.

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Just before I came in to the meeting I was given some comments from Senator Robertson. I will have to read them for the record. These are her questions:

I think it should be raised with Senator Kirby and the Social Affairs Committee. Though supporting the bill, in effect, are they saying that they can answer the following questions: When and under what conditions can a government legitimately be released from a promise?

That is her first question. Her second question is: What is the proper balance between privacy and knowing ourselves?

Those are her questions.

Senator Cordy: That goes along with, are we not presenting the bill on division? I think those questions can be raised later.

The Deputy Chairman: That is a good suggestion. She can ask them herself when the bill is brought forward in the Senate.

Senator Cordy: The bill is being brought forward on division; is that correct?

The Deputy Chairman: Yes, it is.

Senator Cordy: That is a reason why it would be brought forward on division, in my opinion. I am less knowledgeable than others here.

Senator Cook: I can identify with the first question. I am out of the loop on the second question.

celui du témoin de Statistique Canada, mais le sénateur Milne a fait remarquer que nous devrions alors aussi faire état des témoignages de l'archiviste national et du commissaire à l'accès à l'information.

Le sénateur Milne: Je préférerais qu'on n'en cite aucun, comme c'est le cas actuellement.

La vice-présidente: Ce sont simplement des suggestions que je propose.

Le sénateur Cordy: Nos observations sont de nature générale. Il faudrait citer tout le monde. Que fait-on des autres témoins qui ont comparu?

Le sénateur Cook: C'est une question dont nous n'avons pas à discuter.

Le sénateur Roche: Je suis d'accord avec le sénateur Cordy pour dire qu'il vaut mieux nous en tenir à des observations générales.

La vice-présidente: Êtes-vous tous d'accord?

Des voix: Oui.

La vice-présidente: Seriez-vous d'accord pour que nous utilisions, même si c'est évident, les mots «tous les documents de recensement relatifs à la population»? Ces mots précisent ce dont nous parlons, c'est-à-dire les documents personnels des gens. Êtes-vous d'accord? C'est surtout pour le public?

Des voix: Oui.

La vice-présidente: Juste avant le début de la réunion, on m'a remis les commentaires du sénateur Robertson. Je vais les lire pour le compte rendu. Voici ses questions:

J'aimerais demander au sénateur Kirby et au comité des affaires sociales si, quoique favorables au projet de loi, ils peuvent répondre aux questions suivantes: Quand et dans quelles conditions un gouvernement peut-il légitimement rompre une promesse?

C'est sa première question. Sa deuxième question est la suivante: quel est le juste équilibre entre la protection de la vie privée et se connaître soi-même?

C'était ses questions.

Le sénateur Cordy: C'est la raison pour laquelle nous adoptons le projet de loi avec dissidence, n'est-ce pas? Je pense que ces questions peuvent être soulevées plus tard.

La vice-présidente: C'est une bonne suggestion. Elle peut les poser elle-même quand le projet de loi sera examiné au Sénat.

Le sénateur Cordy: Le projet de loi est adopté avec dissidence, n'est-ce pas?

La vice-présidente: Oui.

Le sénateur Cordy: C'est la raison pour laquelle il serait adopté avec dissidence, selon moi. Je suis moins renseignée que d'autres là-dessus.

Le sénateur Cook: Je peux comprendre la première question, mais pas la deuxième.

The Deputy Chairman: I read that as: Are there some things that we ourselves really do not know?

Senator Cook: It is an individual's response to a moral question or whatever.

The Deputy Chairman: Are there any other amendments, suggested changes or comments on the observations?

Seeing none, then I will need a motion to adopt the observations with the changes that we had.

It is moved by Senator Callbeck and seconded by Senator Morin.

Shall I report the bill without amendment but with observations to the Senate, on division?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried. That dispenses with Bill S-12.

Now we will consider the draft report — this is not a bill — on the subject matter of Bill S-21, which is Senator Finestone's bill, an act to guarantee the human right to privacy.

The committee was asked to consider the subject matter of Bill S-21 as a result of a number of questions that were raised in the Senate. I will list the questions that were asked: Clarification of the definition of privacy, along with an assessment of whether privacy is a fundamental right; an evaluation of the existing federal legislative infrastructure regarding the protection of privacy, such as sections 7 and 8 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, the Privacy Act, Personal Information Protection and Electronic Documents Act, formerly Bill C-6 of the last session of Parliament; the interaction between the right to privacy and the Criminal Code and the burden of proof, and the role of the federal Privacy Commission.

The committee held one session with witnesses to discuss questions and a report was drafted, as you have before you. That includes the summary of this session and the committee's observations.

Does everyone have a copy of the report?

Are there any changes, observations or comments you would like to make on the draft report?

I have a few very minor ones that Senator Kirby asked me to raise with you. I will proceed with those.

On the "Observations," page 4, the second sentence reads, "The Committee's observations are founded on the premise that privacy is a fundamental human right." Senator Kirby believes we should remove the word "fundamental" and make a direct statement that it is a human right, period.

Four lines down from that, the sentence begins: "We completely support..." Change that to: "We completely understand the idea of legislating a statement of privacy principles..." It is stronger language.

La vice-présidente: Je l'interprète ainsi: y a-t-il des choses que nous ne savons vraiment pas nous-mêmes?

Le sénateur Cook: C'est une réponse personnelle à une question morale ou autre.

La vice-présidente: Y a-t-il d'autres propositions ou d'autres commentaires que vous aimeriez faire sur les observations?

Comme il n'y en a pas, j'aimerais recevoir une motion proposant l'adoption des observations avec les changements que nous avons apportés.

La motion est proposée par le sénateur Callbeck et appuyée par le sénateur Morin.

Dois-je faire rapport au Sénat que le projet de loi a été adopté sans amendement avec dissidence, mais avec les observations?

Des voix: Oui.

La vice-présidente: Adoptée. Nous laissons ainsi tomber l'étude article par article du projet de loi S-12.

Nous allons maintenant passer à l'étude de l'ébauche du rapport sur la teneur du projet de loi S-21, qui a été proposé par le sénateur Finestone, et qui vise à garantir le droit des individus au respect de leur vie privée.

Le comité a été chargé d'examiner la teneur du projet de loi S-21 à la suite des questions qui ont été soulevées au Sénat. Voici ce qui nous a été demandé: préciser la définition de la protection de la vie privée et évaluer si c'est un droit fondamental; étudier le cadre législatif fédéral actuel concernant la protection de la vie privée, comme les articles 7 et 8 de la Charte canadienne des droits et libertés, la Loi sur la protection de la vie privée et la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, l'ancien projet de loi C-6 adopté au cours de la dernière session du Parlement; établir les liens entre le droit à la protection de la vie privée et le Code criminel et le fardeau de la preuve, et examiner le rôle du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada.

Le comité a tenu une réunion pour rencontrer des témoins afin de discuter de diverses questions et a donné lieu au rapport que vous avez devant vous. Ce rapport inclut le résumé de cette séance et les observations du comité.

Tout le monde a une copie du rapport?

Y a-t-il des changements, observations ou commentaires que vous aimeriez faire concernant l'ébauche du rapport?

J'ai quelques changements très mineurs dont le sénateur Kirby m'a demandé de vous faire part. Je vais donc vous les présenter.

Sous la rubrique «Observations», à la page 5, la deuxième phrase se lit comme suit, «Ses observations sont fondées sur le principe que la vie privée est un droit fondamental». Le sénateur Kirby estime que nous devrions supprimer l'adjectif «fondamental» et dire la chose de façon plus directe, c'est-à-dire un droit de la personne.

Quatre lignes plus bas, la phrase commence ainsi: «Nous sommes tout à fait d'accord...» Il propose de modifier la version anglaise pour qu'elle se lise comme suit: «Nous comprenons l'idée de légiférer un énoncé de principe... C'est plus fort.

In the last sentence of the same paragraph, take the word "fundamental" out again: "safeguarding human rights..." That is a stronger, more direct statement.

In the next paragraph, the second sentence reads, "It has been called a personal right of freedom, in that one may not realize its importance until it is taken away."

Senator Kirby recommends that that whole sentence be removed. He felt that it was a sentence that did not make any sense in the context of the report.

Those were his recommended changes. Are there any comments?

Senator Roche: Are we reporting this out today in order that the Bill would then get second reading then come to committee and be passed before Senator Finestone leaves? Is that the object of this exercise?

Senator Milne: I was just going to follow through on what Senator Cook mentioned to me with regard to that second last paragraph on page 4.

The Deputy Chairman: We were going to address that.

No, that was not my understanding at all. It was just that we as a committee were mandated to answer the questions on the bill. We have not got the bill before us, so it would go back to the Senate and the bill would eventually come back to us.

Senator Roche: Why are we doing a pre-study on it?

The Deputy Chairman: I read that into the record at the beginning. We were asked by the Senate to clarify some things about the legislation.

Senator Milne: For interest, I have just been handed a note from my lawyer assistant, who has pointed out that this whole thing is quite interesting. I am wearing my Legal and Constitutional Affairs hat now. If the question of whether privacy is a right ever got to Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs, it would probably be dead in the water. There is no conception of privacy in the Canadian-British legal system.

The Deputy Chairman: You can deal with the bill when it goes to the Legal and Constitutional Affairs Committee. Based on what we were asked to do in responding during second reading in the Senate, we produced this report.

Senator Keon: I was going to say, Madam Chair, "Here comes another bill."

The Deputy Chairman: Do any honourable senators have any comments?

Senator Milne: I was going to comment on that other word. In that same paragraph, the second last one on page 4, the wording is little awkward when you say, "...to what extent they wish to

À la dernière phrase du même paragraphe, supprimer de nouveau l'adjectif «fondamental»: «protection des droits fondamentaux...». Il s'agit d'un énoncé plus fort et plus direct.

Au paragraphe suivant, la troisième phrase se lit comme suit: «Pour certains, c'est le droit à la liberté des individus, dont on ne réalise l'importance que lorsqu'il est supprimé».

Le sénateur Kirby recommande d'abroger toute la phrase. Il est d'avis que cette phrase n'a absolument pas sa place dans le contexte de rapport.

Voilà donc les changements qu'il a recommandés. Y a-t-il des observations?

Le sénateur Roche: Est-ce que nous faisons rapport de notre mesure législative aujourd'hui pour que le projet de loi puisse franchir l'étape de la deuxième lecture puis revenir au comité et être adopté avant le départ du sénateur Finestone? Est-ce que c'est le but de cet exercice?

Le sénateur Milne: J'allais tout simplement poursuivre relativement à ce que le sénateur Cook m'a dit en ce qui concerne le deuxième paragraphe de la page 5.

La vice-présidente: Nous étions sur le point d'en parler.

Non, ce n'est pas du tout la façon dont j'ai compris la chose. C'est simplement que nous, en tant que comité, avons reçu le mandat de répondre aux questions concernant le projet de loi. Comme le projet de loi ne nous a pas été renvoyé, il retournerait au Sénat et que l'examen nous en serait confié un jour ou l'autre.

Le sénateur Roche: Pourquoi effectuons-nous une étude préalable?

La vice-présidente: Je l'ai déjà précisé au début de la séance. Le Sénat nous a demandé d'éclaircir certains points en ce qui concerne la mesure législative.

Le sénateur Milne: À titre d'information, on vient tout juste de me remettre une note provenant de l'adjoint de mon avocat qui signale que tout cela est très intéressant. Je porte maintenant mon chapeau de membre du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles. Si la question de savoir si la vie privée est un droit est jamais confiée au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, elle n'aurait probablement aucune chance d'être examinée. La vie privée n'est pas un concept qui existe dans le système juridique canado-britannique.

La vice-présidente: Vous pouvez examiner le projet de loi lorsqu'il est renvoyé au Comité des affaires juridiques et constitutionnelles. Compte tenu de ce qu'on nous a demandé de faire au cours de la deuxième lecture au Sénat, nous avons préparé ce rapport.

Le sénateur Keon: J'allais dire, madame la présidente, «Voici un autre projet de loi».

La vice-présidente: Les honorables sénateurs ont-ils quelque chose à dire?

Le sénateur Milne: J'allais faire une observation en ce qui concerne l'autre mot. Dans ce même paragraphe, le deuxième à la page 5, la formulation est un peu gauche lorsque vous dites:

expose themselves..." I would suggest saying, "expose their lives," or something else, rather than "themselves."

The Deputy Chairman: Has any honourable senator a better word that we could put in?

Senator Finestone, have you a comment on that particular change of wording? It has been described as "...the desire of people to choose freely under what circumstances and to what extent they want to expose themselves..." and perhaps we could change that to "expose their lives, their attitudes and their behaviour."

Senator Finestone: That is cute.

Senator Milne: I do not think that is the note you want to go out on, Senator Finestone.

Senator Finestone: It is really to open up their lives.

The Deputy Chairman: "Lives" is better than "themselves."

Senator Cook: I would add "open" rather than "expose."

The Deputy Chairman: "Expose" is fine if you say "their lives."

Any other observations, comments?

Then I will need a motion to adopt the report as amended. Senator Pépin, Senator Callbeck seconding.

It is moved by Senator Pépin that the committee adopt its draft report on the subject matter of Bill S-21. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Carried.

Senator Finestone: I can hardly believe that from April to today we made it within the year 2001. I hope your committee will see fit to make some of the revisions and the changes, and that, eventually, Canadians will have some sense of a template against which privacy rights are examined and will know that if they are not, they can be adjusted, given the circumstance, as long as there is a proportionality in the circumstances.

The Deputy Chairman: I think we should go on record as a committee and as individual senators to thank you, Senator Finestone, because you have been a leading proponent of this in the Senate, the House of Commons and in your private life. You are to be congratulated.

We will now turn to our consideration of the draft report on Bill C-6, the follow-up study. As a matter of background, you will recall the committee sought an order of reference to follow the developments when Bill C-6 was given Royal Assent in December 1999.

The committee received a number of documents relevant to the study: a letter from the Privacy Commissioner, CIHR regulations, the statement of principles from the privacy working group made up of CMA, Canadian Medical Association, Canadian pharmacists and others.

«...dans quelle mesure se dévoiler...» Je proposerais de dire «dévoiler sa vie» ou quelque chose du genre plutôt que «se dévoiler».

La vice-présidente: Un honorable sénateur a-t-il une meilleure idée?

Sénateur Finestone, avez-vous une observation à faire relativement à ce changement particulier du libellé? Il est écrit «la liberté de choisir dans quelles circonstances et dans quelle mesure se dévoiler...» Nous pourrions peut-être remplacer cette expression par «dévoiler sa vie, son attitude et son comportement à autrui».

Le sénateur Finestone: C'est mignon.

Le sénateur Milne: Je ne pense pas que vous vouliez terminer sur cette note, sénateur Finestone.

Le sénateur Finestone: Il s'agit véritablement de révéler sa vie au grand jour.

La vice-présidente: «Sa vie» vaut mieux que «se».

Le sénateur Cook: Je dirais «révéler» plutôt que «dévoiler».

La vice-présidente: «Dévoiler» convient si vous dites «sa vie».

Y a-t-il d'autres observations, commentaires?

J'ai donc besoin d'une motion pour adopter le rapport tel que modifié. La motion est proposée par le sénateur Pépin, appuyée par le sénateur Callbeck.

Il est proposé par le sénateur Pépin que le comité adopte l'ébauche du rapport sur le sujet du projet de loi S-21. Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix: D'accord.

La vice-présidente: Adopté.

Le sénateur Finestone: J'ai du mal à croire que nous avons réussi à le faire au cours de l'an 2001, alors que nous avons commencé en avril. J'espère que votre comité jugera opportun d'apporter certains changements et révisions et que, éventuellement, les Canadiens sauront que leurs droits à la protection de la vie privée peuvent être examinés et être rajustés, selon les circonstances, si elles le justifient.

La vice-présidente: Je crois qu'il faudrait inscrire au compte rendu que le comité et les sénateurs vous remercient, sénateur Finestone, car vous êtes celle qui avez piloté ce projet au Sénat, à la Chambre des communes et dans votre vie privée. Nous vous félicitons.

Nous passons maintenant à l'examen de l'ébauche du rapport sur le projet de loi C-6, l'étude de suivi. Pour vous donner le contexte, vous vous rappelez que le comité a demandé un ordre de renvoi pour suivre ce qui allait se passer à partir du moment où le projet de loi C-6 a reçu la sanction royale, en décembre 1999.

Le comité a reçu plusieurs documents relatifs à l'étude: une lettre du commissaire à la protection de la vie privée, le règlement des IRSC, la déclaration de principes du groupe de travail sur la protection de la vie privée, composé de l'AMC, l'Association médicale canadienne, de l'Association des pharmaciens du Canada et d'autres.

A report has been drafted, including a summary of these documents and the committee's observations. I would like to know whether you have a copy of the report and if you have had a chance to study it, honourable senators.

Senator Cook: I have it, but I did not have a chance to study it.

Senator Morin: This is a very important report. This is one issue that is important for the health care delivery system. I might point out the three major issues are dealt with here.

Bill C-6 is now a law — it had Royal Assent — that deals with privacy of health material that is transmitted across provincial borders and of a commercial nature. At first, it was not realized that it might create impediments to proper activities relating to the health care delivery system, and there are three major issues that are related here in our report that should be well identified.

The first one is research. If this had not been changed and left as it was, it would have created an impediment to normal research, mainly of epidemiological nature. CIHR, the Canadian Institutes of Health Research, were charged to look at it and they did their job well. In June 2000, they had a meeting of over 200 people in Toronto. All the stakeholders, Health Canada and others involved with the project were there. They came out with a number of recommendations that were approved by all the stakeholders. They put them on the web and conducted three additional meetings with investigators across the country in that field. They came up with a number of recommendations, and then they met with Senator Kirby. He recommended that they put these recommendations in the form of regulations for it to be within the proper legal format. That was done.

Those regulations were studied at the Governing Council of CIHR in Halifax two weeks ago. We have their recommendations, and they do reflect the view of the scientific community with the approval of those other players, such as Health Canada and so forth. That issue has been well treated. The work there is excellent, and it has been conducted over two years.

The same cannot be said of the other aspect. The other aspect deals with management, evaluation and quality assurance of the health care delivery system. Those who manage that system must rely on information to ensure that the health care system is dealing efficiently with such matters as the cost of prescriptions in private pharmacies, for example that would fall within the realm of the law. This is a commercial activity; we want to know what is the amount of a new drug that is prescribed in pharmacies throughout the country, so the cost goes across provincial boundaries, and whether it has increased or decreased over the last year. This is not research. This is important information that the managers must have to adequately control the health care delivery system.

Un rapport a été rédigé et comprend un sommaire de ces documents, ainsi que les observations du comité. J'aimerais savoir si vous avez une copie du rapport et si vous avez eu l'occasion de l'examiner, honorables sénateurs.

Le sénateur Cook: Je l'ai reçu, mais je n'ai pas eu le temps de l'examiner.

Le sénateur Morin: C'est un rapport très important, puisqu'il vise le système de prestation des services de santé. J'aimerais souligner les trois grandes questions qui y sont abordées.

Le projet de loi C-6 est maintenant une loi — il a reçu la sanction royale — qui traite de la protection des renseignements personnels en matière de santé, qui sont transmis d'une province à l'autre et qui sont de nature commerciale. Au premier abord, on n'avait pas vu que cela pouvait entraver le fonctionnement du système de prestation des services de santé qui s'impose; trois grandes questions sont abordées dans notre rapport et devraient être bien cernées.

La première, c'est la question de la recherche. Si les choses n'avaient pas été modifiées et étaient restées en l'état, la recherche courante aurait été entravée, la recherche épidémiologique essentiellement. Les IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, ont été chargés de se pencher sur la question et ont très bien fait leur travail. En juin 2000, ils ont tenu une réunion à Toronto, à laquelle plus de 200 personnes ont participé. Tous les intervenants, Santé Canada et d'autres participants au projet s'y trouvaient. Ils ont présenté plusieurs recommandations approuvées par tous; ils les ont inscrites sur le Web et ont organisé trois séances supplémentaires avec des experts de ce domaine à l'échelle du pays. Ils ont présenté plusieurs recommandations et ont ensuite rencontré le sénateur Kirby, lequel a recommandé de présenter ces recommandations sous forme de règlements afin qu'elles correspondent à la formule prescrite. C'est ce qui a été fait.

Ces règlements ont été examinés lors du conseil d'administration des IRSC, à Halifax, il y a deux semaines. Nous avons leurs recommandations qui reflètent le point de vue du milieu scientifique avec l'approbation des autres intervenants, comme Santé Canada, etc. Cette question a été bien traitée. Cet excellent travail s'est déroulé sur deux années.

On ne peut pas dire la même chose de l'autre volet, soit celui de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité du système de prestation des services de santé. Ceux qui gèrent ce système doivent s'appuyer sur des renseignements pour s'assurer que le système des services de santé traite efficacement de questions comme le coût des ordonnances dans les pharmacies privées, par exemple, qui serait assujéti à la loi. Il s'agit d'une activité commerciale; nous voulons connaître le nombre de prescriptions à l'échelle du pays dans le cas d'un nouveau médicament; ainsi, les renseignements sur le coût passent d'une province à l'autre et nous voulons également savoir si le coût a augmenté ou diminué au cours de l'année. Il ne s'agit pas de recherche, mais de renseignements importants dont doivent disposer les gestionnaires pour contrôler comme il le faut le système de prestation des services de santé.

It fell under the realm of a group of six, mentioned as the Privacy Working Group in our report. The chair of that group of six was the Executive Director of the Canadian Pharmacists Association. He is the fellow who writes the letters, Jeff Poston. CMA is part of the Privacy Working Group, as is the Canadian Health Care Association. There were nurses and other health professionals.

Unfortunately, we did not have the same success with this organization, and there is a problem with it. There is some finger pointing, which is unfortunate, and in their letter, which will be part of our report, the Canadian Medical Association made statements that I think are unfortunate. They said they regret to report that nothing substantive has occurred at the federal government level.

Fortunately, we have two letters, one from Minister Rock and one from the deputy minister prior to the last letter in October, in which they say, "We would appreciate if you could provide us with your concerns and level of specificity." They asked for a certain number of things that the group of six had not done. It is not easy for them; they were a disparate group.

We are now in a position where, with respect to research, the field is very well covered. However, as far as the management of the health care delivery system for those who manage the system, little is being done.

In addition, we have an extraordinarily generous letter from the Privacy Commissioner, which really settles the matter with respect to his own views on the subject. However, unfortunately, it settles the matter strictly for the research aspect. The letter from the commissioner deals only with research. Was he asked to deal only with that? Did he voluntarily not deal with the other? I am not denying the importance of the research portion, but it is not covered under our present situation.

However, we have a number of regulations, which you have in your material, that are suggested by CHR that are very well done. There is a letter from the Privacy Commissioner that is good but cannot be used as a permanent guideline for those involved in health care research for two reasons. First, the Privacy Commissioner might change and the next commissioner might have different views on this; and, second, it is difficult for researchers throughout the country to base their activity only on a letter. We recommend that the regulations should be put in place eventually. It is not urgent, but we recommend that in the report.

Nothing of that nature has occurred with respect to management of the health care delivery system, which is extremely important. We have repeated over and over in committee that we want the system to be efficient and to function efficiently. That information is the basis of that. We have repeated this. I do not think that you would solve this by finger pointing. Health Canada has said, "We are prepared to help, but you should

Cet aspect de la question a fait l'objet de l'examen d'un groupe de six intervenants, appelé dans notre rapport Groupe de travail sur la protection de la vie privée. Ce groupe de six personnes a été présidé par le directeur exécutif de l'Association des pharmaciens du Canada, Jeff Poston, qui est l'auteur des lettres. L'AMC fait partie du Groupe de travail sur la protection de la vie privée, tout comme l'Association canadienne des soins de santé. Des infirmières et d'autres professionnels de la santé y ont également siégé.

Malheureusement, nous n'avons pas connu le même succès avec cette organisation qui pose problème. Certains font porter le blâme à d'autres, ce qui est malheureux et, dans sa lettre qui fera partie de notre rapport, l'Association médicale canadienne fait des déclarations qui, à mon avis, sont malheureuses. Elle dit regretter signaler que rien d'important ne s'est produit au palier fédéral.

Heureusement, nous avons deux lettres, l'une du ministre Rock et l'autre du sous-ministre avant la dernière lettre d'octobre, dans lesquelles on peut lire: «Nous vous serions reconnaissants de nous faire part de vos préoccupations et de ce que vous voulez précisément». Ils ont demandé un certain nombre de choses que le groupe des six n'avait pas examinées. Ce n'était pas facile pour ce groupe assez disparate.

En ce qui concerne la recherche, nous nous trouvons maintenant dans une situation où la plupart des questions sont réglées. Toutefois, en ce qui concerne la gestion du système de prestation des services de santé, peu de choses se font.

En outre, nous avons une lettre fort généreuse du commissaire à la protection de la vie privée, qui, en fait, règle la question de son point de vue. Malheureusement, la question est réglée uniquement pour la recherche. La lettre du commissaire ne traite que de la recherche. Lui avait-on demandé de n'aborder que cette question? A-t-il volontairement omis de régler l'autre question? Je ne nie pas l'importance du volet recherche, mais l'autre volet n'est pas réglé.

Toutefois, nous avons plusieurs règlements, que vous avez dans votre documentation, qui sont proposés par les IRSC et qui sont très bien faits. Il se trouve également une lettre du commissaire à la protection de la vie privée qui est bonne, mais qui ne peut servir de directive permanente à ceux qui font de la recherche dans le domaine des services de santé et ce, pour deux raisons. Premièrement, le commissaire à la protection de la vie privée pourrait changer et son remplaçant pourrait avoir d'autres points de vue à ce sujet; deuxièmement, il est difficile pour les chercheurs à l'échelle du pays de fonder leurs activités sur une lettre seulement. Nous recommandons la prise éventuelle de règlements. Ce n'est pas urgent, mais nous le recommandons dans notre rapport.

Rien de cette nature ne s'est produit au sujet de la gestion du système de prestation des services de santé, alors que c'est un point extrêmement important. Nous n'avons eu de cesse de répéter en comité que nous voulions que le système soit efficace. C'est ce qui compte et nous l'avons répété. Je ne pense pas que l'on puisse régler le problème en faisant porter le blâme à d'autres. Santé Canada a dit: «Nous sommes prêts à aider, mais vous devez nous

point out where you need specific health improvements.” This has not been done.

I think our report is excellent. I should like to make a few changes to it, however. The first two pages are perfect. Under “Observations and Recommendations,” the first paragraph, the last sentence reads, “These discussions did not reach a definitive conclusion.” I would like to add, “significant progress has been made.” That deals with the CIHR work, which has been extensive and with a lot of consultation. In addition, the letter from the Privacy Commissioner is great step forward. We are lucky to have that. It helps us greatly.

The next two paragraphs mix up the two major issues I mentioned, namely, research and management. Unfortunately, the first paragraph mixes up both. The first paragraph under CIHR should deal strictly with research. The next paragraph should deal only with management evaluation quality. A sentence has been introduced under “Furthermore.” I would take out “Furthermore.” I will let senators find the sentence.

The Deputy Chairman: It is under “Observations and Recommendations” on page 3.

Senator Morin: Yes. It is on page 3, the first line. Let me repeat this. Under “Observations and Recommendations,” the first paragraph states, “These discussions did not reach a definitive conclusion.” To that I would add, “significant progress has been made.” We have two reasons to be very happy with the work done up to now. One is the letter from the Privacy Commissioner, which is more generous than expected; the other point is the work done by CIHR. The two points must be noted in our report.

I made a number of remarks about the second paragraph. There are two different substantive issues here. One deals with research; the other one deals with the management of the health care delivery system. The first paragraph deals with research, with CIHR. They state, with reason, that CIHR considered the two-year process, and so on. We have the regulations. Unfortunately, there is a sentence in this paragraph that does not deal with the research. It deals with the provision, management and evaluation of quality of health care services. This does not fall under the CIHR purview at all. They have nothing to do with that.

I would recommend that “...the committee recommends” be placed at the end of the next paragraph, which deals with the Privacy Working Group. The Privacy Working Group is the group of six that I mentioned earlier, with the CMA, pharmacists, nurses, the health coalition, and so on. We would recommend that these people pursue their discussions.

The Deputy Chairman: That is the sentence starting with “Furthermore?”

Senator Morin: Yes. Remove the word “furthermore.”

The Deputy Chairman: It then states, “the committee recommends” and it goes right down to the end of the paragraph.

indiquer où des améliorations précises en matière de santé s'imposent». Cela n'a pas été fait.

À mon avis, notre rapport est excellent. J'aimerais toutefois y apporter quelques changements. Les deux premières pages sont parfaites. Sous «Observations et recommandations», la dernière phrase du premier paragraphe se lit comme suit: «Ces discussions n'ont pas abouti à un consensus définitif». J'aimerais ajouter: «Des progrès importants ont été réalisés». Je veux parler du travail considérable et des nombreuses consultations des IRSC. En outre, la lettre du commissaire à la protection de la vie privée est un grand pas en avant. Nous avons la chance de l'avoir, elle nous est très utile.

Il est question, dans les deux paragraphes qui suivent, des deux points importants que j'ai mentionnés, soit la recherche et la gestion. Malheureusement, ils sont tous deux abordés dans le premier paragraphe, qui ne devrait traiter que de la recherche effectuée par les IRSC. Le paragraphe suivant devrait uniquement traiter de gestion, d'évaluation et d'assurance-qualité. Par ailleurs, on ajoute les mots «en outre» dans une phrase. Je les supprimerais. Je vais laisser aux sénateurs le soin de les trouver.

La vice-présidente: Page 3, «Observations et recommandations».

Le sénateur Morin: Oui, c'est à la page 3. Je vais répéter ce que j'ai dit. On retrouve dans le premier paragraphe, sous la rubrique «Observations et recommandations», la phrase suivante: «Les discussions n'ont pas abouti à un consensus définitif». J'ajouterais: «des progrès importants ont été réalisés». Nous avons deux raisons d'être satisfaits du travail qui a été effectué jusqu'à maintenant. D'abord, il y a la lettre du commissaire à la protection de la vie privée, qui est très élogieuse. Ensuite, il y a le travail effectué par les IRSC. Il faut souligner ces deux points dans le rapport.

J'ai plusieurs observations à faire au sujet du deuxième paragraphe, qui aborde deux questions importantes. Il y a d'abord la recherche, et ensuite la gestion des services de santé. Le premier paragraphe traite des travaux de recherche des IRSC. Il précise, à juste titre, que les travaux ont duré deux ans, ainsi de suite. Un règlement a été proposé. Malheureusement, il y a une phrase dans ce paragraphe qui ne traite pas de la recherche, mais plutôt de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance-qualité des services de santé. Cela ne fait pas partie du mandat des IRSC. Ils ne s'occupent pas de ces questions.

La phrase qui commence par les mots «Il recommande...» devrait figurer à la fin du paragraphe suivant, puisqu'il est question ici du groupe de travail sur la protection de la vie privée. Ce groupe, comme je l'ai déjà mentionné, est composé de six représentants, c'est-à-dire l'AMC, les pharmaciens, les infirmières, la coalition de la santé, ainsi de suite. Nous recommandons qu'ils poursuivent leurs discussions.

La vice-présidente: Vous faites allusion à la phrase qui comprend les mots «en outre»?

Le sénateur Morin: Oui. Je propose qu'on supprime ces mots.

La vice-présidente: Elle commence par les mots «Il recommande» et on continue jusqu'à la fin du paragraphe.

Senator Morin: I would put it after, "...should be resolved between members of the group and the Privacy Commissioner." I would add "the committee" That is the recommendation.

The Deputy Chairman: Perfect.

Senator Morin: Having said that, we need a correction at the last sentence of the second paragraph: "The committee is confident that these regulations..." which I have mentioned, "...will receive their fullest and fairest concentrations in the relevant forum." I do not think further discussions are necessary because they have been discussed to death already.

Senator Milne: That sentence would remain in the paragraph where it presently is, then?

Senator Morin: Absolutely. The relevant forum should eventually be incorporated.

Under the next paragraph, I mentioned these accusations of the group of six toward Health Canada. For those honourable senators who read the letters of the deputy minister and of the minister, under "Appendix 3" do we have letters from both the minister and the deputy minister?

The Deputy Chairman: Yes.

Senator Morin: That is a fact. The last sentence is perfect. The government made it clear.

Finally, the last paragraph of page 4 should be made clearer without changing the sense. The second last sentence should read, "However, the Committee is of the view that regulations such as those proposed by CIHR..." There are no other regulations. That refers us to the first paragraph.

The Deputy Chairman: That is better.

Senator Morin: Having said that, this is a complex issue. The report has been well written because there are so many issues here. The report is very clear. It is just a matter of putting the sentences in place.

The Chairman: Any other comments?

Senator Keon: There is tremendous demand for this document out in the trenches. Is this now a public document? I am talking about the document dated November 30, 2001.

Senator Morin: the governing council of CIHR in Halifax approved it two weeks ago. As such, it is on the Web site of CIHR. It is public.

Senator Milne: If it has been tabled in this committee, then it is public.

Senator Callbeck: On page 4, under Appendix 3, you mention two letters.

Senator Morin: Yes, I have them here.

The Deputy Chairman: They are to the minister and the deputy minister?

Senator Morin: No, one is to the Privacy Commissioner and the other one is to the CMA.

The Deputy Chairman: The committee members have them because they were attached to the package with Mr. Radwanski's letter.

Le sénateur Morin: J'ajouterais ce passage après: «... de régler les problèmes soulevés par le groupe de travail». J'ajouterais les mots «Il recommande...». Ce serait la recommandation du comité.

La vice-présidente: Très bien.

Le sénateur Morin: Cela dit, il y a une correction à apporter à la dernière phrase du deuxième paragraphe qui commence par: «Le comité est convaincu que ce règlement...», et j'en ai déjà parlé, «... recevra une attention complète et équitable lors de ces discussions». À mon avis, il n'est pas nécessaire de tenir d'autres discussions, le sujet ayant déjà été examiné à fond.

Le sénateur Milne: Cette phrase resterait au même endroit?

Le sénateur Morin: Oui. Il serait approprié de mentionner le comité.

Il est question, dans le paragraphe suivant, des accusations que le groupe des six a porté contre Santé Canada. Est-ce que les lettres du vice-président et du ministre ont été ajoutées à l'annexe 3, à l'intention des honorables sénateurs qui souhaitent les lire?

La vice-présidente: Oui.

Le sénateur Morin: Très bien. La dernière phrase est parfaite. Le gouvernement a été très clair.

Enfin, on devrait clarifier le dernier paragraphe de la page 4, sans en changer le sens. L'avant-dernière phrase devrait se lire comme suit: «Toutefois, le comité est d'avis que le règlement proposé par les IRSC...» Il n'existe pas d'autre règlement. Cela nous renvoie au premier paragraphe.

La vice-présidente: C'est mieux ainsi.

Le sénateur Morin: Cela dit, cette question est fort complexe. Le rapport est bien rédigé parce qu'il aborde de nombreuses questions. Il est très clair. Il suffit tout simplement de replacer les phrases.

La vice-présidente: Y a-t-il d'autres commentaires?

Le sénateur Keon: Ce document fait l'objet d'une forte demande dans le milieu. A-t-il été rendu public? Je parle du document daté du 30 novembre 2001.

Le sénateur Morin: Le conseil d'administration des IRSC à Halifax l'a approuvé il y a deux semaines. Il se trouve sur le site Web des IRSC. C'est un document public.

Le sénateur Milne: S'il a été déposé devant notre comité, il est alors public.

Le sénateur Callbeck: À la page 4, vous parlez de deux lettres figurant à l'annexe 3.

Le sénateur Morin: Oui, je les ai ici.

La vice-présidente: Elles sont adressées au ministre et au sous-ministre?

Le sénateur Morin: Non, l'une est adressée au commissaire à la protection de la vie privée et l'autre à l'AMC.

La vice-présidente: Les membres du comité les ont en main parce qu'elles étaient annexées à la documentation avec la lettre de M. Radwanski.

Senator Finestone: I participated as part of this committee on Bill C-6. I recall very well the difficulty we had with the health and commercial aspects of that personal information. What is the impact of the Privacy Commissioner's letter? With this become another annex to the bill?

The Deputy Chairman: Will it be annexed to the report?

Senator Finestone: The Personal Information Act has two parts, a general philosophy and then a set of standards by the standards council governing the privacy-related conduct of commercial business. What happens with this report? Will it become part of Bill C-6? Will there be a new bill? How does it work?

The Deputy Chairman: No, it does not become part of Bill C-6. When you look at our recommendation as we close off this report, the intent was not to alter Bill C-6. Bill C-6 has been passed and given Royal Assent. However, when Bill C-6 passed, there was a desire to monitor. Correct me if I am wrong, but we are, as a committee, following up on our undertaking when Bill C-6 was passed two years ago. I think Senator Morin has properly stated the matter. We will continue our interest in monitoring this but we are not in any way altering Bill C-6.

Senator Finestone: I did not think of it as "alter." I was wondering if this would be registered or gazetted as part of regulations or as an addendum? Perhaps the committee can look at how best to apply the good work that has been done by the CHIR. The oversight that was necessary shall be undertaken given the series of regulations based on the law.

The Deputy Chairman: That is a good point. We are simply reporting back to the Senate. You are asking, "but where does it go from there?"

Senator Finestone: This is essentially an Industry Canada bill. We passed it in the Senate with reservations. Now we have a good piece of work that has been done to move forward in the health sector. It cannot just stay as a report to the Senate. It must have some follow-up. I hope the committee will follow this to ensure that sector feels comfortable that they are acting within the law.

Senator Callbeck: We have in the reports the committee's intention to actively monitor the discussions as well as to broach solutions. How are we planning to do that?

Senator Cook: Did we not appoint the bill with the health piece?

The Deputy Chairman: We have so much on our plates, but we could seek another reference in the Senate if at some point we felt that the spirit of our work has not been followed or if people are coming forward and telling us that our good intentions in this report are not being adhered to. We could seek another reference and bring it all back again.

Le sénateur Finestone: J'ai participé aux travaux du comité sur le projet de loi C-6. Je me rappelle très bien les problèmes que nous avons eus avec les aspects médicaux et commerciaux des renseignements personnels. Quel est l'impact de la lettre du commissaire à la protection de la vie privée? Sera-t-elle aussi annexée au projet de loi?

La vice-présidente: Sera-t-elle annexée au rapport?

Le sénateur Finestone: La Loi sur la protection des renseignements personnels comprend deux parties, l'une qui énonce des principes généraux, et l'autre, une série de normes du conseil des normes régissant la conduite des entreprises en matière de protection des renseignements personnels. Que se passe-t-il avec le rapport? Fera-t-il partie du projet de loi C-6? Y aura-t-il un nouveau projet de loi? Comment cela fonctionne-t-il?

La vice-présidente: Non, il ne fera pas partie du projet de loi C-6. Il n'est pas proposé dans la dernière recommandation de notre rapport de modifier le projet de loi C-6. Ce projet de loi a été adopté et a reçu la sanction royale. Nous voulions toutefois, au moment de l'adoption du projet de loi C-6, en assurer la surveillance. Corrigez-moi si je me trompe, mais notre comité respecte l'engagement qu'il a pris au moment de l'adoption du projet de loi C-6 il y a deux ans. Je pense que le sénateur Morin a bien exposé la question. Nous allons continuer de surveiller la situation, mais nous n'allons pas modifier le projet de loi C-6.

Le sénateur Finestone: Je ne parlais pas de modification. Je me demandais s'il allait devenir un règlement ou une annexe enregistré ou publié dans la *Gazette du Canada*. Le comité peut peut-être examiner comment utiliser le bon travail accompli par les IRSC. La surveillance nécessaire doit être effectuée compte tenu de la série de règlements rattachés à la loi.

La vice-présidente: Votre remarque est pertinente. Nous allons simplement faire rapport de la question au Sénat. Vous avez demandé ce que nous faisons du rapport.

Le sénateur Finestone: C'est essentiellement un projet de loi d'Industrie Canada. Nous l'avons adopté au Sénat avec des réserves. Maintenant, nous avons accompli beaucoup pour faire avancer les choses dans le domaine de la santé. On ne peut pas se limiter à présenter un rapport au Sénat. Il faut aller plus loin. J'espère que le comité poursuivra son action pour veiller à ce que ce secteur ait le sentiment de respecter la loi.

Le sénateur Callbeck: Dans le rapport, le comité indique qu'il a l'intention de suivre de près les discussions ainsi que de trouver des solutions. Comment comptons-nous le faire?

Le sénateur Cook: N'avons-nous pas rattacher le projet de loi aux mesures en matière de santé?

La vice-présidente: Nous avons tellement de pain sur la planche, mais nous pourrions demander un nouvel ordre de renvoi au Sénat si, à un moment donné, nous estimons que notre travail n'a pas été pris en compte, ou si les gens viennent nous dire que les recommandations de notre rapport n'ont pas été suivies. Nous pourrions demander un nouvel ordre de renvoi et en reprendre l'étude.

Senator Morin: I had the chance to discuss this with Senator Kirby. In the last paragraph of the report, Senator Kirby mentions electronic health records. I think it was his intention to have the CMA, the group of six, reappear before the committee. On this aspect of the management of health care, there were two issues outstanding.

With respect to the CIHR regulations, the objective is to have Industry Canada incorporate them as regulations. This would be outside the committee's responsibility, unless we recommend that.

Concerning the further work of the committee, Senator Kirby wanted us to pursue this work. The report mentions electronic health records. I know that several members of the committee, including Senator Keon, are extremely interested in that aspect of our work.

The Deputy Chairman: When you began your remarks, you mentioned the great interest in this and the proper separation of the research from the management. These are the operative words: "In light of the considerations, the committee is of the view that its further intervention is not warranted at the present time."

There is still the group of six and there is still the management side. Their work is not complete at the present time. That does not prevent the committee from seeking another reference at some future time if it feels that this has not been properly followed up. I will need a motion.

Senator Cook: For clarification, those regulations are not binding on the government. These can just go over to support why we did what we did a year ago, knowing that the bill was not coming into effect until a year later. We have now validated or reinforced, through this process, what we said a year ago.

The Deputy Chairman: That is right. We as a committee followed up on what we undertook to do.

Senator Cook: There is nothing binding here, which is what Senator Finestone said.

The Deputy Chairman: That is correct. I would need a motion to adopt the report as amended. We have certainly got all of Senator Morin's changes.

It is moved by Senator Pépin that the committee adopt its draft report. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Carried.

Senator Milne: May I come back to item 1 on the agenda because it has been niggling at the back of my mind? In the draft report, we put in the word "personal." The 1906 census is not a personal census. It is an agricultural census. It should be "personal and agricultural" in there. I do not know if that can be done at this stage.

The Deputy Chairman: On agreement of the committee, we could reopen that. Does everyone agree to that?

Hon. Senators: Agreed.

Le sénateur Morin: J'ai eu l'occasion d'en discuter avec le sénateur Kirby. Dans le dernier paragraphe du rapport, le sénateur Kirby parle du dossier de santé électronique. Je pense qu'il voulait que l'AMC, le groupe des six, revienne témoigner devant le comité. Deux questions sont restées en suspens au sujet de la gestion des soins de santé.

Pour ce qui est du règlement concernant les IRSC, l'objectif est de les faire enregistrer par Industrie Canada. Ce n'est pas du ressort du comité, même si nous l'avons recommandé.

Concernant la suite de notre travail, le sénateur Kirby voulait que nous le poursuivions. Le rapport fait mention du dossier de santé électronique. Je sais que plusieurs membres du comité, dont le sénateur Keon, s'intéressent beaucoup à cette question.

La vice-présidente: Au début de vos remarques, vous avez parlé du grand intérêt pour cette question et qu'il y a une distinction nette à faire entre la recherche et la gestion. C'est pourquoi il est écrit: «Pour toutes ces raisons, le comité estime qu'il n'est pas justifié pour l'instant d'intervenir davantage».

Il y a toujours le groupe des six et l'aspect gestion. Leur travail n'est pas terminé encore. Cela n'empêche pas le comité de demander que la question lui soit renvoyée plus tard s'il estime que le suivi n'est pas suffisant. J'aurais besoin d'une motion.

Le sénateur Cook: J'aimerais avoir une précision. Ce règlement n'engage pas le gouvernement. Il peut seulement confirmer ce que nous avons fait il y a un an, sachant que cette mesure entrerait en vigueur seulement un an plus tard. Cette mesure vient maintenant valider ou confirmer ce que nous avons dit il y a un an.

La vice-présidente: C'est exact. Notre comité a donné suite à ce qu'il s'était engagé à faire.

Le sénateur Cook: Il n'y a rien de contraignant ici, comme le sénateur Finestone l'a dit.

La vice-présidente: C'est exact. J'aimerais recevoir une motion concernant l'adoption du rapport modifié. Nous avons inclus toutes les modifications du sénateur Morin.

Il est proposé par le sénateur Pépin que le comité adopte l'ébauche du rapport. Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix: Oui.

La vice-présidente: Adoptée.

Le sénateur Milne: Puis-je revenir au premier point à l'ordre du jour parce qu'il y a quelque chose qui m'agace? Dans l'ébauche du rapport, nous avons ajouté les mots «relatifs à la population». Or, le recensement de 1906 n'est pas un recensement de données relatives à la population, mais un recensement de données agricoles. Il faudrait donc ajouter les mots «relatifs à la population et à l'agriculture». Je ne sais pas si on peut le faire à ce moment-ci.

La vice-présidente: Si le comité est d'accord, on peut en rediscuter. Êtes-vous tous d'accord là-dessus?

Des voix: Oui.

The Deputy Chairman: We can be sure then to cover exactly what that sentence intended.

The committee adjourned.

La vice-présidente: Nous pouvons alors nous assurer d'englober tout ce qui était voulu.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, February 6, 2002 (*in camera*)

Issue No. 46 (Volume 1 of 2)

Forty-first meeting on:
The state of the health care system in Canada

INCLUDING:
THE FIFTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE
The state of the health care system in Canada,
Interim Report entitled:
"Volume Two — Current Trends
and Future Challenges"
(Chapters One to Four)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 6 février 2002 (à huis clos)

Fascicule n° 46 (Volume 1 de 2)

Quarante et unième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

Y COMPRIS:
LE QUINZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
L'état du système de soins de santé
au Canada, rapport intérimaire intitulé:
«Volume deux: Tendances actuelles
et défis futurs»
(chapitres un à quatre)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (*February 6, 2002*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (*le 6 février 2002*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 6, 2002
(53)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 3:35 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (10).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from the office of Senator LeBreton: Sany Melo, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the committee, Issue No.2.*)

The committee considered a draft report.

At 6:15 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 6 février 2002
(53)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 35, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (10).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du parlement: Odette Madore et Howard Chodos; du bureau de la sénatrice Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau de la sénatrice Pépin: Momar Diagne; du bureau de la sénatrice Robertson: Ross McKean; du bureau de la sénatrice LeBreton: Sany Melo; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato; le personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service de messageries du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité examine un projet de rapport.

À 18 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, January 29, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

FIFTEENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, March 1, 2001 to examine and report upon the state of the health care system in Canada, now tables an interim report entitled: *Volume Two — Current Trends and Future Challenges*.

Respectfully submitted,

La vice-présidente,

MARJORY LEBRETON

Deputy Chair

(The text of the interim report up to the end of Chapter Four follows. Chapters Five through Eleven appear in Issue 46, Volume 2.)

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 29 janvier 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

QUINZIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001 à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, dépose maintenant un rapport intérimaire intitulé: *Volume deux: Tendances actuelles et défis futurs*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport intérimaire jusqu'à la fin du chapitre quatre suit. Les chapitres cinq à onze paraissent dans le Fascicule n° 46, Volume 2.)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on
the state of the health care system in Canada

The Health of Canadians – The Federal Role
Volume Two: Current Trends and Future Challenges

Chair

The Honourable Michael J. L. Kirby

Deputy Chair

The Honourable Marjory LeBreton

JANUARY 2002

TABLE OF CONTENTS

<u>TABLE OF CONTENTS</u>	i
<u>ORDER OF REFERENCE</u>	v
<u>SENATORS</u>	vi
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPTER ONE:</u>	5
<u>THE IMPACT OF POPULATION AGING ON THE HEALTH CARE SYSTEM</u>	5
1.1 Population Aging.....	5
1.2 The Impact of Population Aging.....	6
1.3 Caring for Canadian Seniors.....	11
1.3.1 <i>Providing a Continuum of Care</i>	11
1.3.2 <i>Primary Care Reform</i>	13
1.3.3 <i>Wellness Promotion and Illness Prevention</i>	13
1.3.4 <i>New Methods of Funding</i>	14
1.3.5 <i>Public Policy: Long-Term Horizon</i>	15
1.3.6 <i>A Unique Approach to Residential Long-Term Care</i>	16
1.4 Committee Commentary.....	16
<u>CHAPTER TWO:</u>	19
<u>SPENDING ON DRUGS IN CANADA</u>	19
2.1 Trends in Spending on Drugs	19
2.2 Cost Drivers	22
2.2.1 <i>Trends in Drug Utilization</i>	22
2.2.2 <i>Trends in Drug Prices</i>	23
2.2.3 <i>Trends in the Types of Drugs Prescribed</i>	25
2.2.4 <i>Cost Driver Analysis</i>	25
2.3 Appropriate Drug Therapy.....	26
2.4 Who Pays for Drugs in Canada?.....	29
2.5 Do Some Canadians Have Better Coverage for Drug Costs than Others?.....	32
2.6 Committee Commentary.....	35
<u>CHAPTER THREE:</u>	37
<u>HEALTH CARE TECHNOLOGY</u>	37
3.1 Availability Of Health Care Technology.....	38
3.2 Health Care Technology Assessment	42
3.3 Impact On Health Care Costs.....	43
3.4 Committee Commentary.....	44

CHAPTER FOUR:	45
<u>DISEASE TRENDS</u>	45
4.1 <u>Trends In Diseases</u>	45
4.1.1 <u>Infectious Diseases</u>	46
4.1.2 <u>Chronic Diseases</u>	47
4.1.3 <u>Injury</u>	48
4.1.4 <u>Mental Illness</u>	48
4.1.5 <u>The Economic Burden of Disease</u>	49
4.2 <u>Determinants of Poor or Good Health</u>	49
4.3 <u>The Need For Health Promotion And Disease Prevention</u>	50
4.4 <u>Population Health Strategy</u>	52
4.5 <u>Research</u>	53
4.6 <u>Committee Commentary</u>	54
CHAPTER FIVE:	57
<u>THE HEALTH OF ABORIGINAL CANADIANS</u>	57
5.1 <u>Demographic Profile of Canada's Aboriginal Population</u>	57
5.2 <u>Socio-economic Profile and Physical Environment</u>	59
5.3 <u>Health Profile of the Aboriginal Population</u>	60
5.4 <u>Federal Programs Directed to Aboriginal Health</u>	63
5.5 <u>Aboriginal Health Policy at the Federal Level</u>	65
5.6 <u>Barriers to Aboriginal Health and Wellness</u>	68
5.7 <u>Committee Commentary</u>	72
CHAPTER SIX:	75
<u>HUMAN RESOURCES</u>	75
6.1 <u>Physicians</u>	76
6.1.1 <u>Physician Supply</u>	76
6.1.2 <u>Geographic Maldistribution</u>	78
6.1.3 <u>Physician Training and Recruitment</u>	78
6.1.4 <u>The "Brain Drain"</u>	81
6.2 <u>Nurses</u>	82
6.2.1 <u>Supply of Nurses</u>	83
6.2.2 <u>Working Conditions</u>	84
6.2.3 <u>Training and Recruitment in Nursing</u>	86
6.3 <u>Other Health Care Providers</u>	87
6.4 <u>Primary Care Reform</u>	88
6.5 <u>Committee Commentary</u>	91
CHAPTER SEVEN:	93
<u>HEALTH RESEARCH</u>	93
7.1 <u>Federal Role in Health Research</u>	93
7.2 <u>Genetics and Genomics</u>	97
7.3 <u>Benefits and Challenges of Health Research</u>	100
7.4 <u>Committee Commentary</u>	103

CHAPTER EIGHT:	105
<u>HEALTH-RELATED INFORMATION: A CANADIAN HEALTH INFOSTRUCTURE</u>	105
8.1 Concepts and Definitions	106
8.2 Provincial and Federal Initiatives With Respect to a Pan-Canadian Health Infostructure	108
8.3 Costs and Benefits	113
8.4 Issues	116
8.5 Committee Commentary	118
CHAPTER NINE:	121
<u>HOME CARE</u>	121
9.1 What is Home Care?	121
9.2 Current Demand for Home Care	122
9.2.1 Hospital Bed Reductions	123
9.2.2 Rapid Population Growth over 65 Years of Age	123
9.2.3 Pressures on Informal Caregivers	123
9.2.4 Advances in Technology	124
9.3 Public and Private Spending	124
9.4 Future Actions	126
9.4.1 National Standards	127
9.4.2 Human Resources	128
9.4.3 Organization and Financing	130
9.4.4 Informal Caregivers	132
9.4.5 Information and Research	133
9.4.6 Prescription Drugs	134
9.4.7 Telehealth	135
9.5 Committee Commentary	136
CHAPTER TEN:	137
<u>RURAL HEALTH</u>	137
10.1 Health Status Indicators	137
10.2 Access to Health Services in Remote and Rural Areas	139
10.3 Telehealth	143
10.4 Rural Health Research	143
10.5 The Federal Role	144
10.6 Committee Commentary	144
CHAPTER ELEVEN:	147
<u>MYTHS AND REALITIES</u>	147
11.1 Demographic Aging	147
11.2 Spending on Drugs	147
11.3 Health Care Technology	148
11.4 Aboriginal Health	148
11.5 Human Resources in Health Care	149
11.6 Health Information Systems	150
11.7 Home Care	151
11.8 Rural Health	151

<u>CONCLUSION</u>	153
<u>APPENDIX:</u>	155
<u>LIST OF WITNESSES (MARCH – JUNE 2001)</u>	155

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- (a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- (b) The historical development of Canada's health care system;
- (c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- (d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- (e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST :

Paul C. Bélisle
Clerk of the Senate

SENATORS

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J.L. Kirby, Chair of the Committee

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair of the Committee

and

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck

Joan Cook

Jane Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Alasdair B. Graham, P.C.

Wilbert Keon

Yves Morin

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Sharon Carstairs P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.) and John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senators Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal P.C., Milne, Losier-Cool, Rompkey, and Tunney

*retired from the Senate

INTRODUCTION

In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in this area. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted for the purpose of this study read as follows:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;*
- b) The historical development of Canada's health care system;*
- c) Publicly funded health care systems in foreign jurisdictions;*
- d) The pressures on and constraints of Canada's health care system;*
- e) The role of the federal government in Canada's health care system.¹*

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study comprising five major phases. Table 1 provides information on each individual phase and their respective timeframes.

TABLE 1
HEALTH CARE STUDY:
INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES

PHASES	CONTENT	TIMING (REPORTS)
One	Historical Background and Overview	March 2001
Two	Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs	Winter 2002
Three	Models and Practices in Other Countries	Winter 2002
Four	Development of Issues and Options Paper	September 2001
Five	Hearings on Issues and Options Paper and Development of Final Report and Recommendations	Fall 2001 / Winter 2002

¹ Debates of the Senate (Hansard), 2nd Session, 36th Parliament, Volume 138, Issue 23, December 16, 1999.

The Phase One report was released in March 2001. The first report recounted the history of how the federal government helped the provinces and territories to fund hospital and physician care. It focused in particular on the initial objectives of the federal government's involvement in health care and raised some questions about the future role of the federal government in light of the changing health care environment (e.g., increased recourse to drug therapy, hospital out-patient services, home care and community care). This first report also traced the evolution of health care spending and health indicators over the past several decades. Finally, it looked at a number of myths that are still current concerning the delivery and financing of health care in Canada and clarified the reality surrounding each of these myths. The objective of the first report was to provide factual information as well as to clarify the major current misconceptions that recur in the health care debate in Canada.

The purpose of this report is to present the evidence obtained in the second phase of the Committee's study on health care. The objectives of Phase Two were to examine the factors that can affect the affordability and sustainability of Medicare such as:

- The aging of the population and the increased demand that will be placed on the system if past and present patterns of use continue;
- Our growing Aboriginal population and its specific health care needs;
- Advances in health care technology, including drugs, that affect the organization, provision and cost of health care;
- The appearance of new diseases and the resurgence of "old" ones that may require costly therapy and treatment;
- The growing concern about the workload, stress and aging of our health care providers;
- Particular health care issues in rural and remote areas;
- The need for sufficient and comparable health-related information to make decisions in allocating resources and in delivering care;
- The role of preventive interventions in encouraging healthy lifestyles and thereby enhancing the potential for better health.

In order to meet the objectives of Phase Two, the Committee heard from a wide range of witnesses, including: officials from Health Canada the Department of Indian and Northern Affairs the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; officials from provincial ministries of health; health care organizations; Aboriginal representatives; and health economists (a list of witnesses is provided in Appendix A). We are most grateful for their invaluable contribution.

This report consists of eleven chapters. Chapter One discusses demographic trends and forecasts and examines the various implications of population aging on the health care system. Chapter Two reviews past and current trends in drug costs and provides some information on the problem of inappropriate prescribing and utilization of drugs. Chapter Three summarizes the concerns about the availability, cost-effectiveness and appropriateness of both new and existing health care technologies. Chapter Four examines trends in disease and

injury and discusses their potential impact on the publicly-funded health care system. Chapter Five looks at the specific health and health care needs of Aboriginal Canadians. Chapter Six deals with issues related to the supply, retention and management of human resources in health care. Chapter Seven provides information on the level of funding for health research in Canada and on the future of health research in terms of its implications on health and health care. Chapter Eight provides information on the current stage in the development of the Canadian Health Infostructure. Chapter Nine reviews the provision of home care in Canada. Chapter Ten examines the health care needs of rural Canada. Chapter Eleven discusses myths and realities in an attempt to clarify many of the misconceptions in order to ensure an informed, fact-based debate on health care.

CHAPTER ONE:

THE IMPACT OF POPULATION AGING ON THE HEALTH CARE SYSTEM

1.1 Population Aging

Demographic aging refers to the increasing average age in a society, and is characterized by the emergence of a greater proportion of older people in the overall population. From a historical perspective, the process of population aging in a given country is determined primarily by fertility (birth) rates and secondarily by mortality (death) rates. It can also be affected by the rate of immigration. Over the 20th century, various advances – public sanitation, medical breakthroughs such as vaccination, and technological enhancements – have increased life expectancy while fertility rates have declined markedly. The net result has been longer life expectancies and an aging population.

Canada's population is aging. The proportion of Canadians aged 65 and over more than doubled between 1881 and 1981, rising from 4.1 percent to 9.7 percent.² Since then, the percentage of the population aged 65 and over has increased steadily, to reach 12.5 percent of the population in 2000.³

I look at the aging of the population as one of the great successes of the health and social services systems.

*Dr. Michael Gordon, National Advisory
Council on Aging (2:36)*

Demographic aging is expected to intensify in the coming decades, as the “baby-boomer generation” gets older. The baby-boomers are those Canadians who were born between 1946 and 1965, a period during which the number of births soared. According to recent projections by Statistics Canada, the proportion of seniors (those aged 65 and over) will reach 14.6% of the population by 2010 and then grow more rapidly as increasing numbers of baby-boomers reach retirement age. By 2031 they are expected to represent 23.6 percent of the population.⁴ The rate of increase will then subsequently slow down, and seniors should constitute about 25% of the population by 2051.

Witnesses told the Committee that the cut-off point used to identify “seniors” (those over 65) continues to be used exclusively for historical reasons rather than scientific ones. As Abby Hoffman, Director General of the Health Care Directorate at the Health Policy and Communications Branch of Health Canada, said, “We use it because it is the agreed legal age for certain purposes of retirement, but it has no use other than that.”⁵ More importantly, the category “over 65” is not at all a homogeneous one. There are many differences amongst seniors that depend on factors such as gender, socio-economic status, place of residence, or ethnic background.

² David Cheal, “Aging and Demographic Change,” *Canadian Public Policy*. Vol. XXVI, supplement 2, August 2000, p. S110.

³ Statistics Canada, CANSIM, Matrix 6367.

⁴ Réjean Lachapelle and Jean-Marie Berthelot, Brief to the Committee, 21 March 2001, p. 2.

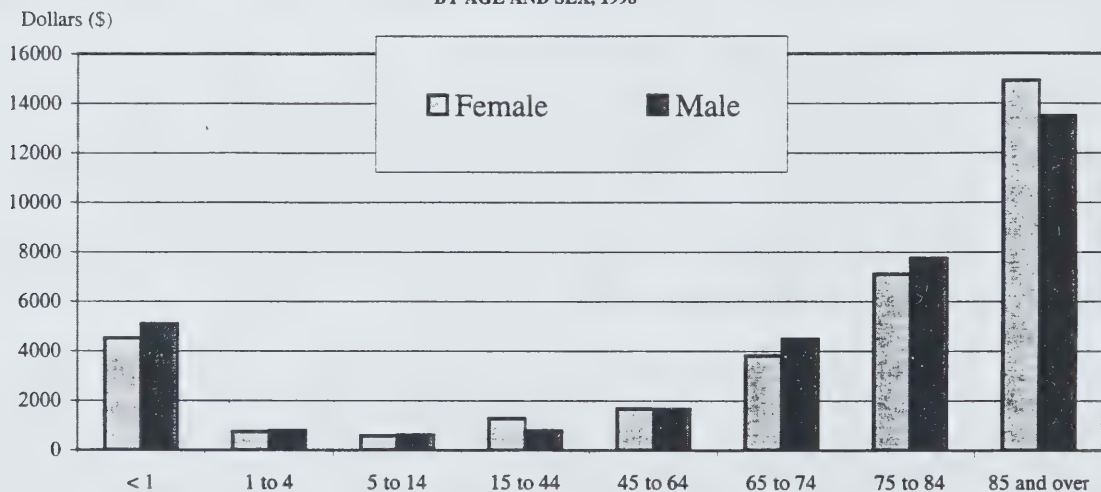
⁵ Abby Hoffman (7:19).

Many demographers stress the need to distinguish between younger and older seniors, noting, for example, that the prevalence of institutionalization does not really begin to increase until age 75. At the same time, however, according to Professor Byron Spencer of McMaster University, “roughly speaking, the ‘old old’ make somewhat less use per capita of physician services – of specialized services in particular – than do people in the ‘younger old’ ages.”⁶ The proportion of people aged 85 and over within the senior population has been increasing over the years. According to Statistics Canada, it will continue to do so, although not uninterruptedly, as the pattern depends on the aging of the baby-boomers. The proportion of those over 85 is expected to reach 21% of all seniors by the time all the baby-boomers have reached that age in 2051.

1.2 The Impact of Population Aging

As Graph 1.1 shows, health care costs follow a pattern that varies with age. They tend to be relatively high in the earliest years, fall significantly during youth and young adulthood, rise gradually during middle age and then sharply increase during old age. On average, per capita public spending on health care for those aged 65 and over is almost five times greater than per capita spending on the rest of the population. Growth in health care spending in the older age groups is exponential: spending more than doubles from ages 45-64 to ages 65-74; it doubles again from ages 65-74 to ages 75-84; and it doubles once again from the 75-84 age group to the 85 and over age group.

GRAPH 1.1: PROVINCIAL GOVERNMENT PER CAPITA HEALTH CARE SPENDING,
BY AGE AND SEX, 1998



Source: CIHI 2000 and Library of Parliament.

Given this pattern, both the growing number of seniors and the fact they will make up a larger percentage of the population raise many concerns for the future sustainability of Canada's health care system. There remains, however, a considerable degree of disagreement

⁶ Byron G. Spencer, Brief to the Committee, 22 March 2001, p. 7.

among Canadian experts as to the impact that an aging population will have on overall health care costs. A review of the literature points to at least four different plausible scenarios:

- (a) The **“nightmare high-cost”** scenario. This scenario assumes that, while people live longer, they still get sick or become disabled at the same age as now. Thus, health care costs continue to rise at the same rate as over the past two decades. The combined effects of these two trends (population aging and increased costs) leads to a doubling of the percentage of GDP devoted to health care spending. The “crisis” is further compounded by the fact that a smaller percentage of the population is working and contributing to the public purse.
- (b) The **“compressed morbidity”** scenario. This scenario supposes that people will live longer without disability or disease, meaning that overall health care costs will not rise as sharply as the more pessimistic scenarios envisage.
- (c) The **“manageable costs”** scenario. The onset of disability and disease is postponed to the same extent as death itself, while rising costs in health care are offset by budgetary cuts elsewhere.
- (d) The **“reformed system”** scenario. Significant changes to the delivery of health care result in greater efficiencies that will allow the system to cope with the added pressure of an aging population.

Witnesses who testified before the Committee reflected these various views. For example, the Conference Board of Canada contended that health care will consume an increasing proportion of government expenditures in the coming years as a result of population aging. The Board estimates that, by 2020 in both British Columbia and Ontario health care expenditures will represent about 50 percent of total provincial government spending (compared to 38 and 36 percent, respectively, in 2000).⁸ Similarly, William Robson, Vice-President and Director of Research at the C.D. Howe Institute, calculated that if the provinces and territories continue to tax the same share of their gross domestic products as they do at present, health spending in Newfoundland, the Yukon, and the Northwest Territories could require fully 100% of their own-source revenue by 2040.⁹

Dr. Michael Gordon, of the National Advisory Council on Aging (NACA), stressed that, in attempting to gauge the impact of an aging population on health care spending, we should be careful not to make unwarranted assumptions about the state of health of seniors in the future. Nor should we simply assume that the current level of efficiency of the health care system will prevail. To illustrate this point, he stated in his brief to the Committee that, “if we were to extrapolate the length of hospital stays for seniors in 1999 based on data from 1971, the result would be 50% higher than the actual numbers.”¹⁰

⁷ These four schools of thought are well summarized in: Canadian Medical Association, *In Search of Sustainability: Prospects for Canada's Health Care System*, August 2000.

⁸ Conference Board of Canada, Brief to the Committee, 21 March 2001, p. 5.

⁹ William Robson, *Will the Boomers Bust the Budget?*, Brief to the Committee, 21 March 2001.

¹⁰ Dr. Michael Gordon, NACA, Brief to the Committee, 21 March 2001, p. 5. In fact, a number of factors influence the average length of stay in hospital including advances in surgical and other procedures, the greater range and efficacy of available drugs, as well as more sophisticated approaches to convalescence.

For his part, Professor Byron Spencer pointed out that population aging takes place slowly; this means that there is still time to develop appropriate public policy responses. He also noted that "the ratio of the total population to the population of working age is low today, by historical standards, and it will not change much for another fifteen or twenty years."¹¹ This ratio, known as the "dependency ratio," is used as a rough indicator of the ability of the population to support itself. It usually compares the number of people who are of working age (20 to 64) to those who have either not yet entered the workforce (0 to 19) or who are no longer working (65 and over). This dependency ratio in Canada reached a peak in the middle of the 1960s, as a result of the high proportion of young dependants (the baby-boomers). Since then, the ratio has declined substantially.

Some analysts suggest that the declining trend in the dependency ratio is misleading since the 'dependant' population is now more heavily concentrated amongst seniors, who are heavier users of health care, than amongst the dependent young.¹² For this reason, William Robson told the Committee:

*The broad directions are clear. In the coming decades, the older population, who are more intense users of health services, will grow quickly. The younger working population, who participate in the workforce and generate government tax revenue, will grow relatively slowly or even shrink.*¹³

Professor Spencer presented a strong case to the Committee suggesting that the increases in health care spending that will occur as the population ages could very well be balanced by decreases in other areas of government expenditures that will also come about as a result of population aging. He pointed out to the Committee that:

*It is important to note that if you are concerned about the overall impact of population aging, it makes little sense to focus on one area in which costs will go up and say there is a crisis, without also focusing on other areas in which costs will not go up or may even go down. For example, the residents of penal institutions are mostly young. In that area there would be noticeable cost savings. Older people do not receive Employment Insurance, yet that is a very large component of government expenditures, et cetera.*¹⁴

And, he concluded that:

If we consolidate all of the different categories of expenditure, not just the areas where there is an age-related potential crisis, the impact is, in a series of progressions, that government expenditure increases in consequence of population change and the aging

¹¹ Byron Spencer, Brief to the Committee, p. 1.

¹² See, for example, a report by the Office of the Auditor General of Canada, *Population Aging and Information for Parliament: Understanding the Choices*, Chapter 6, 1998 Report.

¹³ William Robson (3:5). In this report, the testimony received by witnesses printed in the *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology* will be hereafter referred to only by issue number and page number within the text.

¹⁴ Byron Spencer (3:30).

*of the population at very much the same rate as the population as a whole. Government expenditures would increase approximately 50 per cent over that period, while the population increases 50 per cent over that same projection period.*¹⁵

According to Professor Spencer, the challenge we are facing is therefore one of properly allocating the resources that are available to governments rather than an absolute shortage of resources.

Assessing the impact of an aging population on health care costs also requires an understanding of how best to meet the health and health care needs of that population. Jean-Marie Berthelot from the Health Analysis and Modelling Group of Statistics Canada indicated to the Committee that “the health of the current generation of 45 to 64 year olds is better than that of the same category twenty years ago.”¹⁶ Moreover, this generation “has a higher level of education, has smoked less and is comprised of more individuals with employment income (mainly because of higher labour market participation by women) than the previous generations.”¹⁷

New indicators to measure how much of our lives are spent in good health have been developed, including *dependence-free life expectancy* (DFLE) and *health-adjusted life expectancy* (HALE). Different levels of dependency (summarized in Table 1.1) have been identified that require different types of assistance and entail varying levels of cost for the health care system. If most of tomorrow’s seniors will spend their additional years of life in relatively good health (the ‘compressed morbidity’ hypothesis), then the impact of aging will be considerably smaller than if longer life expectancy is associated with a correspondingly longer period of illness (the ‘expanded morbidity’ hypothesis). In this regard, Mr. Berthelot explained:

*Between 1986 and 1996, years of dependence-free life expectancy at age 65 increased significantly, from 12.0 to 12.7 and from 12.7 to 13.5 for men and women respectively. By contrast, there was little change in life expectancy with dependence. Thus, the proportion of dependence-free lives increased.*¹⁸

He also pointed out that there was no clear correlation between the amount different countries spend on health care and the age profile of their population. In their brief, Statistics Canada noted that “the United States spends close to 14% of its GDP on health care but the proportion of seniors in its population is less than 13%, whereas Sweden spends less than 9% of its GDP on health care, even though its proportion of seniors is 17%” of the population, and that, nonetheless, “life expectancy of Swedes at 65 years of age is higher than that of Americans.”¹⁹

¹⁵ Byron Spencer (3:16).

¹⁶ Jean-Marie Berthelot (2:11).

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Jean-Marie Berthelot (2:10).

¹⁹ Lachapelle and Berthelot, Brief to the Committee, p. 4.

TABLE 1.1
NEW HEALTH STATUS INDICATORS

Level	Health Status	Definition
1	Dependence-free	No dependency or needs help only with heavy housework
2	Moderately dependent	Needs help for meal preparation or for shopping for groceries or other necessities or for everyday housework
3	Severely dependent	Needs help for personal care or for moving around the house
4	Institutionalized	Lives in a health care institution

Source: Martel, Laurent and Alain Bélanger, "An Analysis of the Change in Dependence-Free Life Expectancy in Canada Between 1986 and 1996," in Statistics Canada, *Report on the Demographic Situation in Canada*, 1999, p. 171.

Another important issue raised to the Committee concerns whether the increased health care costs associated with an aging population are due to aging *per se*, or whether they can be more plausibly attributed to the costs of dying. As Rob Brown, from the Task Force on Health Care Financing of the Canadian Institute of Actuaries, told the Committee:

*We expend something in the order of 50 per cent to 70 per cent of the final year health care costs just prior to death. In fact, there are estimates that up to 50 per cent of our total lifetime health care expenditures may be made just prior to death.*²⁰

This was also the general picture painted by Abby Hoffman who noted that, "the extremes of relative expenditure on the old and the young are more attributable to the proximity of death than they are to the simple fact of being older."²¹

While this assessment can help identify more precisely the causes of increased health care spending generated by having more older people, it does not lead to any easy policy prescriptions. Dr. Michael Gordon put this point pithily to the Committee:

*I would like to note that if we could only get rid of the last year of life, we would save a lot of money. The problem is that the last year is only known afterwards. (...) One does not decide to forego surgery, as I went through with my father last week, and who is 89, because one may die from it. It is done because the person is vibrant and needs the surgery. Should he die in three weeks, one might say that that was a waste of money, but that is not the way we provide health care. We do not look from the back; we always look forward, fortunately.*²²

²⁰ Rob Brown (2:15).

²¹ Abby Hoffman (7:7).

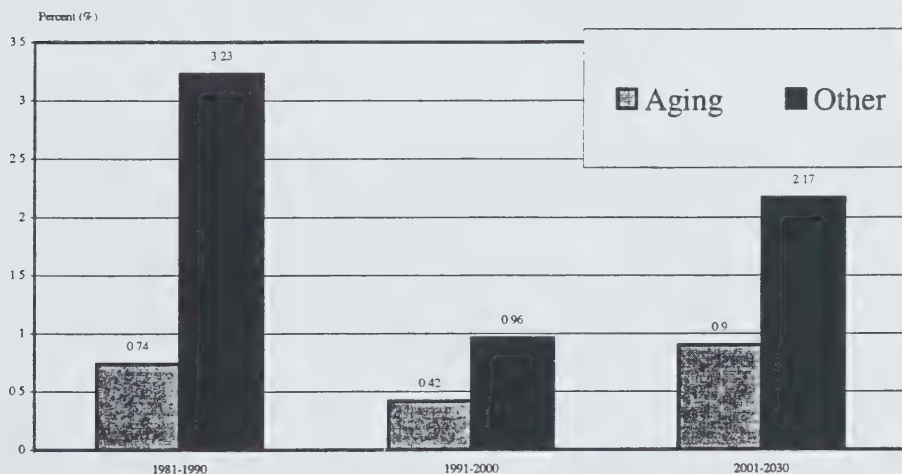
²² Dr. Michael Gordon (2:39).

A number of witnesses stressed that while the aging of the population will be one of the important drivers of cost increases to health care over the coming decades, it is not the only one, and probably is not even the most important one. Health Canada identified the following factors driving changes in health care spending:

- Population aging
- Fiscal capacity
- Technology and innovation
- Factors affecting need and demand for health services (including population health status, preferences and values)
- Changes in the structure of health care delivery systems
- Relative costs of health care compared to general price inflation

Against this background, Health Canada's projections anticipate that although population aging will account for an increasing percentage of the growth in health care expenditures in the period from 2001-2030, it will still represent under 30% of the total projected growth, as shown in Graph 1.2.²³

GRAPH 1.2: HEALTH CARE COST DRIVERS
Average Annual Rate of Growth in Real Expenditures per Capita



Source: Health Canada, *The Potential Impact of Aging on Canada's Health Care Costs*, Presentation to the Committee, 5 April 2001.

1.3 Caring for Canadian Seniors

1.3.1 Providing a Continuum of Care

According to Dr. Michael Gordon of NACA, a key dimension of meeting the needs of Canadian seniors, now and in the future, is "to develop and more fully integrate"²⁴ the

²³ Health Canada, Brief to the Committee, slide 6.

²⁴ Dr. Michael Gordon, Brief to the Committee, p. 2.

various health care components into a continuum of care that would encompass wellness promotion, illness and injury prevention, acute hospital care, medical care, home care, long-term care and palliative care. There are, however, many challenges associated with the development of such a continuum, embracing issues such as what services should be covered by the publicly-funded system, how these should be delivered in an integrated fashion, and how to ensure that there is an adequate supply of health care providers to meet the variety of needs.

Professor Spencer stressed to the Committee the importance of an integrated approach:

I would like to emphasize the importance of an overall, integrated look at the health care system as a system, so that substitution of one type of personnel for another, or the question of care in hospitals versus in the community, and all the rest of it are also considered. That is very important. There is much scope for saving costs by moving towards best practice, where that is being demonstrated repeatedly in all sorts of studies. There are better ways of doing things, yet we seem to have a system that does not readily accommodate this information as it becomes available.²⁵

The idea of a more integrated approach to health care delivery in order to meet the needs of an aging population brought forward the suggestion from several witnesses that health services provided in the home and prescription drugs should be covered under the *Canada Health Act*. For his part, Dr. Gordon proposed that home care for the elderly be publicly covered:

...home care should now be part of the health care system. The Canada Health Act, when constructed, had a rather limited view of health care, which at the time was perhaps appropriate. However, much of health care can now be delivered in the home. Many of the problems related to aging and function, rather than requiring high-tech treatments, require relatively low cost, but very important assistance in home care. We believe that this should become part of the health care system.²⁶

With respect to prescription drugs, the Committee was told that, although all provinces provide public coverage to seniors, the nature and scope of this coverage vary widely, as drugs prescribed for use outside the hospital setting are not under the umbrella of the *Canada Health Act*. More importantly, Dr. Gordon stated that despite public coverage for prescription drugs, Canadian seniors may still face financial hardship: "the funding systems in some provinces require that, for a very modest increase in your income, your costs of Pharmacare escalate rapidly." (The issues regarding prescription drugs and home care are discussed in more detail in chapters Two and Nine respectively.)

Finally, witnesses stressed the importance of providing appropriate palliative care: "it is important to have a comprehensive palliative care system that is institutional or home-

²⁵ Byron Spencer (3:36).

²⁶ Dr. Michael Gordon (2:38).

based – whatever is appropriate for the individual – and that the time has come to ensure that all Canadians who require palliative care have access to it.”²⁷

1.3.2 Primary Care Reform

It is clear from the testimony presented to the Committee that the current fee-for-service system has serious drawbacks with regard to providing even current levels of care to the elderly. Geriatric practice, as NACA indicated, requires time and health care and professional resources that are less readily provided when physicians’ sole source of income is fee-for-service payment. In this regard, Dr. William Dalziel, of the University of Ottawa, stated:

If I were a family physician, I would put my office up three flights of stairs with no elevator. They cannot possibly provide good care to the elderly, or they would be making less than the checker at Loblaws.

*Dr. William Dalziel, University of Ottawa
(3:19)*

I can run a middle-aged person through my office, usually with a simple problem, without dealing with a backdrop of five other problems and taking six drugs, in 15 or 20 minutes. The average consultation for a senior would take an hour to an hour and half. In most provinces, you are paid exactly the same amount for each patient.”²⁸

These kinds of prospects have a major impact on the recruitment of geriatric specialists. Dr. Dalziel noted that, “I have residents coming to me to ask why they should do two more years’ training in geriatrics so that they can earn 30 to 50 per cent less money.”²⁹ Only seven physicians are expected to enter programs in Canada to become geriatric specialists this year. Four of these are in Quebec, leaving only three for the rest of the country. Dr. Dalziel estimated that there is already a shortage of approximately 500 specialists in the field.

The issue of physician remuneration is part of the much broader discussion about primary care reform (see Chapter Six). Primary care reform also provides possible avenues for developing a more integrated approach to the provision of the full continuum of care, which is of great relevance to the health care needs of seniors. This implies that a broader range of health services is available at this level, that a wider range of health care providers is available and that services are delivered in the most cost-effective manner. Overall, primary care reform that allows these different skills to be more effectively teamed together allows seniors (and others) to have better access to the health services they need, when they need them.

1.3.3 Wellness Promotion and Illness Prevention

The importance of health promotion and disease prevention is another point that was made by several witnesses. Dr. William Dalziel stated categorically that “the key to staying healthy is exercise” and gave the following example:

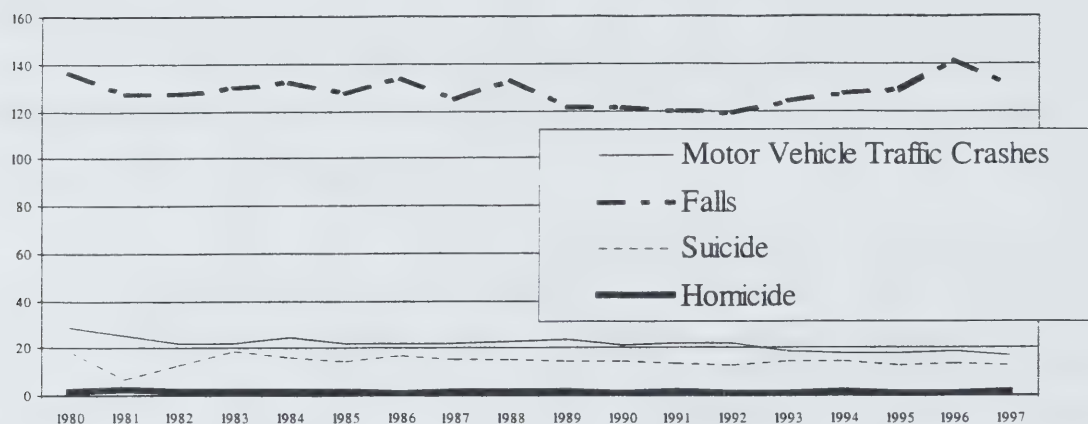
²⁷ *Ibid.*

²⁸ Dr. William Dalziel (3:18).

²⁹ Dr. William Dalziel (3:12).

Elderly women training two times a week for six months were made five years younger in terms of heart and lung capacity. Over an eight-week strength training program for women in their 90s living in nursing homes, it was found that they increased their quadricep muscle strength by 174 per cent. People stopped falling. They threw away canes and walkers.³⁰

GRAPH 1.3: INJURY MORTALITY, SELECTED CAUSES
Rate/100,000, Over Age 75, Both Sexes, 1980 to 1997



Source: Health Canada, *The Potential Impact of Ageing on Canada's Health Care Costs*, Presentation to the Committee, 5 April 2001.

Data provided by Health Canada (see Graph 1.3) show that falls are amongst the most important preventable causes of death amongst seniors, leading to more than double the rate of mortality per 100,000 population than motor vehicle crashes, homicides and suicides combined. Despite the real possibility that expenditure on health promotion and disease and injury prevention would improve the quality of life for many seniors, and save the system money, NACA expressed concern that federal investments in health promotion programs had dwindled throughout the 1990s.

Our conclusion is that there are resources to be saved by the application of good prevention and health promotion measures. That is one reason to pursue them, but the most important reason is to have a healthier population for as long as life lasts for the individuals in question.

Abby Hoffman
Health Canada (7:23)

1.3.4 New Methods of Funding

Perhaps the most important issue that specifically touches on the aging population has to do with health care financing. It was generally agreed that, at least until the peak of the baby-boom generation has died, there would be important cost pressures placed on the system that could be directly attributed to the aging of the population. This raises the question as to how any additional costs should be covered.

³⁰ Dr. William Dalziel (3:10).

Witnesses suggested that there is an issue of inter-generational fairness that needs to be taken into account in this regard. Our health care system is basically funded on a pay-as-you go basis. That is, revenues are collected from people who currently pay taxes, and these pay for government services to everyone, including those who are no longer paying taxes, or paying less than they did while working. As the proportion of seniors increases, however, there will be proportionally fewer people of working age to cover the (growing) costs of health care for the aging population. The burden on the working population could thus be expected to increase, resulting in what some see as an unfair transfer of wealth from one generation to another.

One way of dealing with this problem is to develop a pre-funding mechanism that would allow future expenses to be paid for by the people who would actually make use of them. This was the intent of the proposal put to the Committee by William Robson of the C. D. Howe Institute. More precisely, he suggested that part of the current Canada Health and Social Transfer (CHST) from the federal government to the provinces and territories be converted into a "senior's health grant." He explained:

...we could replace part of the CHST with a new grant, set at \$3,000 per senior, and initially offset the grant with matching decreases elsewhere so that it is cost-neutral in the first year. Over time, we would allow the grant to escalate at the same rate per capita as other grants relative to the general population, but being geared to the seniors' population, it would grow more quickly. In that way, you could accommodate some of the demographic pressure on the federal transfers.³¹

Another method of pre-funding that was brought to the Committee's attention was the proposal from the Clair Commission in Quebec for a special "loss-of-autonomy fund" that would be financed through employer and employee contributions. Similar to a dedicated pension fund, it could be managed by an arms-length body that would ensure its financial viability and that its resources be used to help finance a broader range of services for the aging population.

1.3.5 Public Policy: Long-Term Horizon

Finally, several witnesses raised the issue of the need for longer-term overall policy planning with regard to the needs of the aging population. Professor Byron Spencer noted, for example, that at one time the Economic Council of Canada provided medium- to longer-term economic projections and analysis, and that it might be useful to consider setting up an agency that would have as its focus, in particular, "the anticipation of the effects of population aging."³² This could strengthen our ability to regularly study the economic implications of demographic change and their fiscal and budgetary consequences for government.

³¹ William Robson (3:7).

³² Byron Spencer, Brief to the Committee, p. 5.

1.3.6 A Unique Approach to Residential Long-Term Care

During the course of its study, the Committee received interesting information on Laurier House. Situated in Edmonton (Alberta), Laurier House could be described as “condo care”: residents buy their own suites; receive on-site constant medical care; pay a monthly fee for operating costs, food and domestic services; and when they die, their estate receives back most of the capital investment. Laurier House is operated by the Capital Care Group, the largest publicly funded and operated continuing care organization in the country.

Laurier House has 78 suites occupied by 100 people. One-bedroom suites cost \$97,000-\$115,000; two-bedrooms \$118,000-\$136,000; studios \$88,000. The monthly fee for residents, depending on their accommodation, varies from \$950 to \$1,060. Health services are funded by Alberta Health. Laurier House differs from standard nursing homes in that residents buy their suite; the provincial government does not put any money into capital costs.

1.4 Committee Commentary

The Committee acknowledges that there remains a considerable degree of disagreement among experts as to the impact that an aging population will have on the sustainability of the health care system. These differing views can be summarized into four different scenarios: the “nightmare high-cost” scenario, the “compressed morbidity” scenario, the “manageable costs” scenario, and the “reformed system” scenario.

Of these scenarios, the Committee feels that the least likely to be realized is the first one, the “nightmare high-cost” scenario. The evidence it heard suggests that while the aging population, especially during the peak of the baby-boom, will put important pressures on the health care system, these are unlikely to result, in and of themselves, in a full-blown crisis.

Indeed, the aging of the population is only one of a complex mix of factors – related to both supply and demand – that contributes to the increase in health care costs. Other cost drivers include the use of new technology, the cost of new drugs, changing patients’ expectations, and so on.

This does not mean, however, that nothing needs to be done to help cope effectively with the pressures associated with demographic aging. The Committee believes that it is important to study carefully the various proposals for ‘pre-funding’ the costs associated with an aging population, at least until the full effects of the baby-boom generation have been felt. Moreover, we feel that the aging population increases the urgency of addressing a number of other issues, and may require that specific measures be adopted within broader programs of change.

For example, primary care reform that would not be organized exclusively on a fee-for-service basis and would therefore build in incentives for physicians to spend more time consulting with patients, has particular importance for seniors who often represent more complex cases. Primary care reform could also allow a wider range of services to be available at the initial point of contact with the health care system, something that is also of great interest to seniors who require care from a number of health professionals. This implies, however, that the issue of expanding public coverage to include these services also be addressed. And, in this

context, it is necessary to explore whether other services, such as home care and prescription drugs, should also come under the provisions of the *Canada Health Act*.

While primary care reform and expansion of public coverage, as well as issues related to the implementation of an integrated continuum of care, are of great relevance to the health of seniors, they also have many implications for the broader population. In Phase Four of its study, the Committee will examine these issues in more detail.

Finally, the Committee found Laurier House to be a rather unique and striking concept. Of course, the question may be raised as to whether Laurier House is a form of “two-tier” nursing care system. We suggest that it may represent a two-tier housing system for the ill, but that it still remains within a one-tier health care system.

CHAPTER TWO:

SPENDING ON DRUGS IN CANADA

The term “drugs” (or “medicines”) typically includes prescription drugs, non-prescription drugs (over-the-counter or OTC products) and personal health supplies. Prescription drugs are usually prescribed by a physician or dentist, dispensed by pharmacists, and received either in hospital or in the community. OTC products such as cough and cold remedies and pain relievers can be purchased without a prescription through a number of retail outlets. Personal health supplies such as oral hygiene products and home diagnostic kits are also available to the public through retail outlets.

Drugs can be patented or non-patented. A patented drug is one for which a patent has been issued. Non-patented drugs include drugs that are not yet patented, drugs whose patents have expired, drugs for which there has never been a patent and generic copies. Since 1987, the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB) has regulated the prices charged by manufacturers of patented drugs in Canada. There are two components to this price regulation. One is a limit on increases to the costs of patented drugs already on the market; the other is a limit on introductory prices of new patented drugs. The prices of non-patented drugs are not subject to regulation.

Health Canada is responsible for the approval of all drugs that enter the Canadian market. It assesses new drugs to ensure that they are safe to use and are effective in treating what they claim to treat. Authorization to market or distribute a medicine is granted through a Notice of Compliance (NOC). However, a drug may be distributed with specified restrictions before receiving a NOC, as an Investigational New Drug or under the Special Access Program (SAP).

Witnesses pointed out that drug therapy is an integral part of health care. The importance of drugs in treating disease, maintaining health and quality of life, and in preventing and reducing the need for surgery and hospital stays is well recognized. The Committee was told that appropriate drug therapy can optimize health outcomes and avoid other unnecessary costs.

2.1 Trends in Spending on Drugs

Data reported by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) indicate that spending on drugs in Canada has grown continually over the past 25 years, from \$1.1 billion in 1975 to \$14.7 billion in 2000.³³ During this period, drugs accounted for an increasing portion of total health care spending: in 1975,

Drugs continue to consume an increasing share of Canada's health care dollar, accounting for the second largest category of health expenditures next to hospital services. In 2000, spending on drugs is expected to have reached \$14.7 billion, representing 15.5% of total health care spending, following increases of 8.9% and 9% in 1999 and 2000.

CIHI (2001)

³³ Spending on drugs reported by the CIHI includes prescription drugs, OTC products and personal health supplies, but does not include drugs dispensed in hospitals and other institutions.

drugs represented about 9% of total health care expenditures; by 2000, this share had increased to almost 16% (see Graph 2.1). Data from CIHI also suggest that total spending on drugs has been growing at a higher rate than inflation. Furthermore, since 1997, expenditures on drugs have been the second largest category of health care spending in Canada, behind hospitals but ahead of spending on physician services.

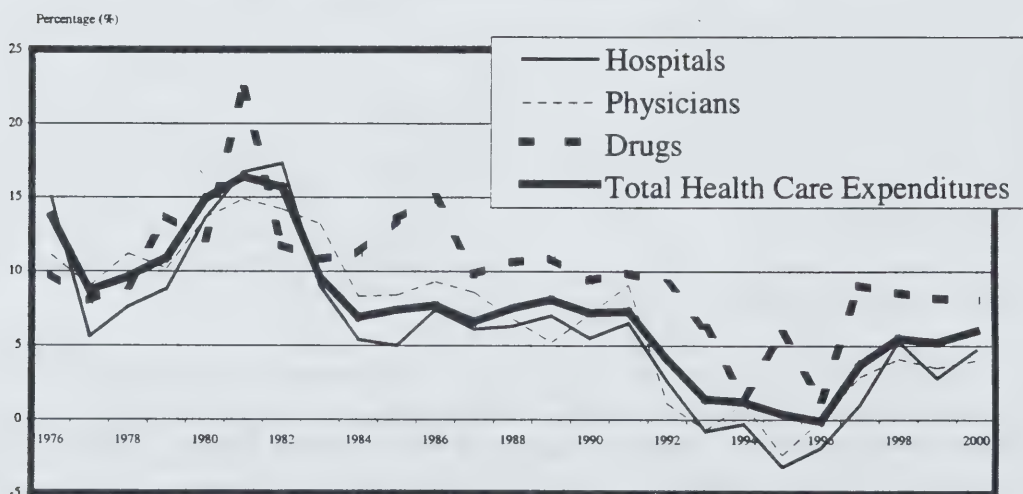
GRAPH 2.1 : SPENDING ON DRUGS AS A PERCENT OF TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES, CANADA, 1975-2000



Source: CIHI (2000) and Library of Parliament.

Graph 2.2 shows that spending on drugs in Canada, expressed in dollars per capita, continues to increase at a rate faster than spending in other key health care sectors such as hospitals and physicians. In fact, between 1990 and 2000, drug expenditures per capita increased by almost 93%, more than twice the average for all health care expenditures (40%).

GRAPH 2.2 : ANNUAL GROWTH IN PER CAPITA SPENDING ON HEALTH CARE, BY CATEGORY OF EXPENDITURES, 1976-2000



Source: CIHI 2000 and Library of Parliament.

Four components generally make up the cost of prescription drug products. These are: the manufacturer's price, the wholesaler's mark-up, the retailer's mark-up and the pharmacist's dispensing fee. Data from IMS Health (Canada) and the Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices estimated that, in 1997, wholesale and retail mark-ups and dispensing fees accounted for just over one-third of the end cost of a prescription drug while distribution costs and the manufacturer's selling price comprised 4% and 63% respectively of the final cost.³⁴

Prescription drugs make up the largest component of spending on drugs (77% in 2000, up from 72% in 1975). Non-prescription drugs and personal health supplies accounted for the remaining 23% of drug spending in 2000 (compared to 28% in 1975). For the most part, non-prescription drugs and personal health supplies are purchased directly by consumers and paid for out-of-pocket. By contrast, multiple payers are involved in the financing of prescription drugs. In 1975, the private sector accounted for 80% of prescription drugs expenditures. By 2000, private sector spending had decreased to 57%. During the same period, the share of prescription drugs financed from public sources increased steadily from 20% in 1975 to 43% in 2000.

More drugs are being sold in Canada every year, and patented drugs comprise an ever-growing proportion of drug sales. According to the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB), total sales by manufacturers of pharmaceuticals for human use in 2000 in Canada are estimated at \$10.0 billion. This represents an increase of 12.4% from 1999.³⁵ The total sales of patented drugs as a proportion of total drug sales have been steadily rising. At 43.9% of sales in 1995, by 2000, patented drugs comprised 63.0% of total sales.³⁶ From 1990 to 1995, sales of non-patented brand name drugs accounted for nearly 50% of the total drug sales of companies holding drug patents. From 1996 to 2000, however, that proportion declined steadily, reaching 28% in 2000.³⁷ At the same time, generic drug sales have been increasing. According to information published by IMS Health and reported by the PMPRB, total sales of generic drugs are estimated at approximately \$929 million in 2000, an increase of 15.2% from 1999.³⁸

Most patented drugs are sold by prescription. Of the patented drug products reported to the PMPRB for human use, about 96% required a prescription.³⁹ The quantity of patented drugs sold has also increased. From 1988 to 2000, the average annual increase in quantities of patented medicines sold was 12%. This compares with an average annual increase in their prices of 0.8%.⁴⁰

Overall, increases in spending on drugs in recent years have had an important impact on escalating health care costs. According to witnesses, this trend is likely to continue as

³⁴ Report of the Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices, *Drug Prices and Cost Drivers 1990-1997*, April 1999, pp. 13-14.

³⁵ PMPRB, *Annual Report 2000*, p. 15.

³⁶ *Ibid.*, p. 16.

³⁷ *Ibid.*, p. 17.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*, p. 23.

Canada's population ages, new drug therapies become available, and demand for prescription drugs increases:

*Drugs will become more and more effective and will constitute an increasing portion of the therapies utilized and their share of health care costs will continue to rise. New drugs are expensive, but they will be prescribed and access will be demanded by an aging public that is increasingly aware of its options (...).*⁴¹

2.2 Cost Drivers

A number of factors are contributing to increased drug spending including: increased levels of drug utilization, price increases and greater use of costlier, newer drugs. Some of these factors may have a greater impact on spending than others.

2.2.1 Trends in Drug Utilization

Drug utilization refers to the quantity of drugs used. Increases in the number of prescriptions can relate to a number of factors including: population increases; changes in the age structure and health status of the population; increases in the number of people being prescribed a particular drug; trends toward using drug therapy instead of other forms of treatment; new diseases and better treatment of existing diseases; and increases in the number of prescriptions per person.

More prescriptions are being written in Canada every year. IMS Health (Canada) reports that approximately 272 million prescriptions were dispensed in 1999, up by 6.3% over 1998. This gives an indication of the magnitude of drug utilization in Canada – an average of 8.9 prescriptions per person per year, up from 8.3 in 1998 (see Table 2.1).

TABLE 2.1
UTILIZATION OF PRESCRIPTIONS IN 1999

Average family size	3.1
Prescriptions per person	8.9
Prescriptions per family	28.0
Average prescription price	\$35.48
Consumption per family/year	\$978.89

Source: IMS Health (Canada).

⁴¹ Canadian Pharmacists Association, *Health Care Delivery, Optimizing Drug Therapy and the Role of the Pharmacist*, Brief to the Committee, March 2001.

There is much to learn and understand about drug utilization in Canada. Utilization is increasing, but at the same time utilization patterns for various drugs can differ across Canada and between Canada and other countries. There are significant variations in the use of some drug therapies across the country. Benzodiazepines are one example. Many more benzodiazepines are dispensed in Eastern Canada than in Western Canada: in 2000, 41.5 tablets and capsules of benzodiazepines were dispensed per capita from retail pharmacies in New Brunswick, a number that is more than three times the per capita rate in Saskatchewan. Significant variations also exist within provinces. Benzodiazepines' usage in northern Alberta, for example, is higher than in southern Alberta.⁴²

There is a significant variation in the utilization of pharmaceuticals that does not correlate to population distribution.

Dr Roger A. Korman (4:15)

Dr. Roger A. Korman, President of IMS Health (Canada), told the Committee that although a causal link has not yet been established between use of benzodiazepines and socio-economic status, there seems to be a correlation – usage is higher in lower socio-economic status areas.⁴³ Use of benzodiazepines also correlates more closely to the age of the prescribing physician than to the age of the patient – 90% of the top 100 prescribers of benzodiazepines in Alberta, Quebec and Ontario graduated from medical school before 1981.⁴⁴

Utilization of various drugs can vary from country to country. Although utilization of antibiotics is decreasing in Canada, it is still twice as high as utilization in the Netherlands. Ritalin is another example. Canadian prescriptions for Ritalin continue to grow at a rapid pace (9% in 2000), but are down by 5% in the United States.

2.2.2 Trends in Drug Prices

Both the federal and provincial governments have roles in controlling Canadian drug prices. At the federal level, the PMPRB reviews prices charged by the manufacturers of patented drugs to ensure that they are not excessive. In addition, provincial and territorial governments have used a number of approaches to manage drug prices in their Pharmacare plans. These include:⁴⁵

- Generic substitution – where a generic drug is available, the lower-priced generic product must be substituted for the equivalent brand name drug, unless a physician otherwise orders.
- Formulary management – this could include not listing drug products on formularies, listing with restrictions or de-listing.
- Reference-based pricing – paying for the lowest price drug in a therapeutic group. The main difference between reference-based pricing and generic

⁴² Dr. Roger A. Korman (4:15).

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*, 4:16.

⁴⁵ A description of provincial cost controls can be found in the Institute of Health Economics Working Paper 00-2, *Public Policies Related to Drug Formularies in Canada: Economic Issues and Devidas Menon*, "Pharmaceutical Cost Control in Canada: Does It Work?", *Health Affairs*, Vol. 20, No. 3, May/June 2001.

substitution is that under the former, drugs in a category have only to be therapeutically equivalent, not chemically identical.

- Controls on mark-ups and dispensing fees - provincial governments can limit markups on drugs and dispensing fees paid to pharmacists.
- Risk-sharing – in some cases, governments have negotiated with drug companies to limit total expenditures on specific drugs. If expenditures exceed an agreed-upon level, the company pays the province for expenditures above that amount.
- Price freezes – Ontario introduced a price freeze from 1994 to 1998.

The PMPRB limits annual price increases of patented drugs to the increases in the Consumer Price Index (CPI). With the exception of one year (1992), prices for patented drugs have not increased more than the CPI since 1988. In 2000, the prices of patented drugs rose by an average of 0.4% while consumer prices increased by 2.7%.⁴⁶ The PMPRB also reviews the introductory prices of new patented drugs. Generally, prices for most new patented drugs are limited so that the cost of the new drugs will not be greater than the highest cost of therapy for existing drugs used to treat the same disease. The price of a new breakthrough drug is limited to the median price for the drug in seven other countries – France, Germany, Italy, Sweden, Switzerland, the United Kingdom and the United States. Furthermore, the price of a patented drug cannot exceed the highest price in these countries.⁴⁷

In 1987, Canadian prices for patented medicines were some 23% higher than median international prices. By the mid-1990s, Canadian prices were about 10% below such prices; in 2000, they were 8% below median international prices. The PMPRB reported that Canadian prices were slightly lower than prices in Germany, Sweden, Switzerland and the United Kingdom but higher than prices in France and Italy. Prices in the U.S. were higher than all other countries.⁴⁸

The F/P/T Task Force on Pharmaceutical Prices analyzed annual price changes of prescription drug products in six provincial drug plans. The study divided drug products into three categories: patented drugs; non-patented single source drugs; and non-patented multiple source (brand name and generic) drugs. In 1997, spending on patented drugs comprised about 50% of the total prescription spending in the six drug plans. Non-patented single source drugs made up 13% of the total amount spent by the plans on drugs in 1996. The Task Force compared the Canadian and foreign prices of the top-selling non-patented single source drugs reimbursed by the six drug plans and found that Canadian prices were, on average, 30% higher than the median international prices of the seven countries used by the PMPRB for comparative purposes. These prices contrast with Canadian prices for patented medicines, which were about 10% lower than median foreign prices.⁴⁹

Multiple source drugs (brand-name and generic) accounted for 44% of prescription drug plan spending of five of the provincial plans in 1997.⁵⁰ Data from the F/P/T

⁴⁶ PMPRB (2000), p. 18.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 26.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁹ *Drug Prices and Cost Drivers 1990-1997* (1999), p. 30.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 34. Nova Scotia was not included.

Task Force on Pharmaceutical Prices indicate a clear trend toward higher generic drug prices in relation to their brand name equivalents.⁵¹ According to the Task Force, “this trend has occurred despite the fact that overall prices of generic drugs have remained stable or declined, and prices of their brand name equivalents have remained constant or increased during this period.”⁵² Two possible explanations for this are: higher relative introductory prices for generic drugs; and differences in price trends for generic drugs with no brand name equivalent than for generics with brand name counterparts.⁵³ A study by the Fraser Institute (August 2000) also showed that generic drug prices were often higher in Canada than in the United States.⁵⁴

Drug prices vary from province to province. The F/P/T Task Force on Pharmaceutical Prices reported significant differences in the manufacturers’ prices across Canada for the same drug products. In 1993, prices in Ontario, the highest price province, were 8.8% higher than the prices in British Columbia, the lowest price province. By 1997, the last year covered by the report, price differences had been reduced, with Nova Scotia, the highest price province, having prices that were 5% higher than the lowest price province, Manitoba. The Task Force also found that if all provinces in the study had paid the lowest available prices for the same products in 1997, \$60 million would have been saved.⁵⁵

2.2.3 Trends in the Types of Drugs Prescribed

A shift in prescribing patterns away from older therapies toward newer costlier drugs can have a significant impact on drug spending. Data compiled by the F/P/T Task Force on Pharmaceutical Prices reveal that in 1997, newer drugs (introduced since 1990) represented 57% of the total pharmaceutical expenditures in British Columbia. The introduction and use of new drugs was estimated to have been responsible for 32% of the increase in drug spending in British Columbia between 1990 and 1997.

2.2.4 Cost Driver Analysis

Using data from British Columbia, the F/P/T Task Force on Drug Utilization found that changes in prescription drug spending could be attributed to the following cost drivers (see Graph 2.3): price increases of existing drugs (18%), increased utilization of existing drugs (50%), and sales of new drugs in their first full year (32%). In 1997, drugs introduced on the Canadian market since 1990 (newer drugs) accounted for 57% of pharmacare expenditures in British Columbia. As a result of these findings, the Task Force concluded that increased drug utilization and increased consumption of newer drugs were the primary drivers of prescription drug spending.⁵⁶

⁵¹ *Ibid.*, p. 35.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*, p. 36.

⁵⁴ The Fraser Institute, “Prescription Drug Prices in Canada and the United States,” *Public Policy Sources*, August 2000.

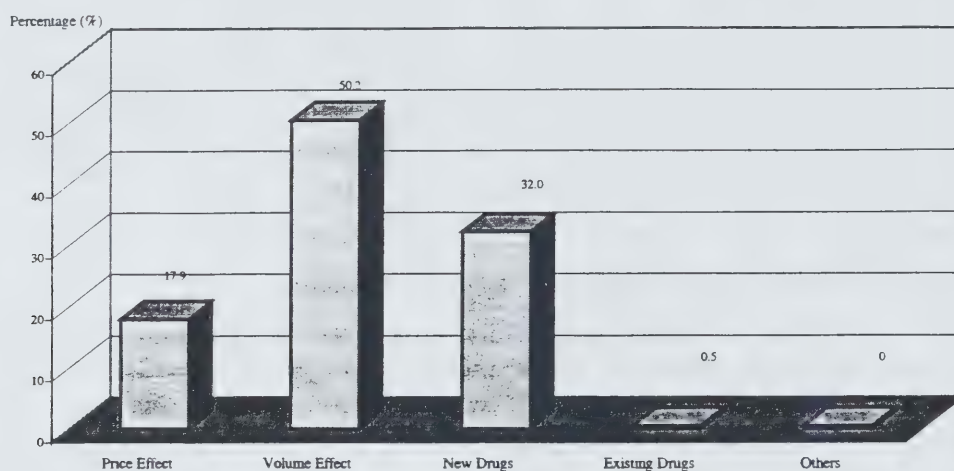
⁵⁵ *Drug Prices and Cost Drivers – 1990-1997* (1999), p. iii.

⁵⁶ Report of the Federal/Provincial/Territorial Task Force on Drug Utilization, *Drug Utilization in Canada*, April 1999, p. 1.

2.3 Appropriate Drug Therapy

Appropriate drug therapy refers to prescribing and utilizing the right drug at the right time. Appropriate and cost-effective utilization of drugs is essential if we are to both optimize health outcomes and avoid unnecessary health care costs. There are, however, two major barriers to appropriate drug therapy: inappropriate use by patients and inappropriate prescribing by physicians. Table 2.2 provides a brief outline of inappropriate use and inappropriate prescribing.

GRAPH 2.3: CONTRIBUTION TO INCREASES IN DRUG COSTS BY MAJOR COMPONENTS, 1990 TO 1997



Source: F/P/T Task Force on Drug Utilization, April 1999.

Inappropriate prescription drug use is a problem of increasing significance. Estimates put patient non-compliance with prescribed drug regimes and early discontinuance of medications for chronic conditions such as high blood pressure and high cholesterol as high as 50%. Using Saskatchewan data with respect to patient use of cholesterol-lowering drugs, Dr. Robert Coombs, President and CEO of Health Promotion Research, pointed out that it takes 18 months to two years before the benefits of such drugs are realized, but only 10 percent of patients are still using their medication after 800 days. Non-compliance can lead to other adverse health situations, as well as increased visits to physicians and hospitals.⁵⁷ Patients often fail to take the medication as prescribed, stop taking their medication too soon, or neglect to refill prescriptions.

Every chronic care medication has severe compliance problems.

Dr. Robert Coombs (4:8)

⁵⁷ Dr. Robert Coombs (4:9).

TABLE 2.2
INAPPROPRIATE DRUG THERAPY: DEFINITION

INAPPROPRIATE DRUG USE ¹	INAPPROPRIATE PRESCRIBING ²
<ul style="list-style-type: none"> • Not having a prescription filled or refilled • Taking too much or too little of the drug prescribed • Erratic dosing, such as altering time intervals or omitting doses • Stopping the drug too soon • Taking a drug without a prescription • Combining prescription drugs with OTC products or illicit drugs • Combining prescription drugs with alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Under-prescribing or not specifying sufficient quantities or correct intervals of doses • Over-prescribing or going beyond the maximum therapeutic dosage • Prolonged use that result in iatrogenic effects and adverse reactions • Prescribing that is contraindicated by the medical condition • Contraindicated combinations that produced an undesirable effect

¹Coambs, Robert B., Ph.D. *et al.*, *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Non-Compliance and Inappropriate Use of Prescription Medications in Canada*, PMAC, 1995.

²Coambs, Robert B., Ph. D., *et al.*, *A Preliminary Review of the Causes of Inappropriate Prescribing and its Costs in Canada*. *Health Promotion Research*, February 1997.

Research also reveals that many patients do not understand their drug therapy. The Committee heard that half of all patients who walk out of a physician's office do not understand the drug they were given, why they were given it, or how they were supposed to take it.⁵⁸ Low levels of literacy are a major barrier to the appropriate use of prescription drugs.

Inappropriate prescribing of medications is also a problem, particularly in relation to seniors. The Canadian Association of Gerontology discussed the problem in a recent policy statement:

Seniors are more likely to receive prescriptions for medication that are potentially inappropriate; 11% to 46% of seniors receive at least one inappropriate prescription per year. (...) Prescribing errors account for approximately 19% to 36% of drug-related hospital admissions. The co-existence of multiple prescribing physicians, the number of drugs currently in the market (over 24,000), the number of relative contraindications documented (over 33,000) and deficiencies in physician knowledge related to both age and training are important contributors to the risk of inappropriate prescriptions.⁵⁹

⁵⁸ Dr. Roger A. Korman (4:17).

⁵⁹ Canadian Association of Gerontology, *Policy Statement: Seniors and Prescription Drugs*, 1999, (<http://www.cagacg.ca/english/pubs/pol-drugs.htm>).

TABLE 2.3
ESTIMATED ECONOMIC COSTS
OF INAPPROPRIATE DRUG THERAPY
(IN BILLIONS OF DOLLARS)

	INAPPROPRIATE USE	INAPPROPRIATE PRESCRIBING
Direct Costs:		
▪ Hospitals	1.78 – 2.74	0.30 – 0.85
▪ Nursing Homes	0.66	–
▪ Ambulatory Care	1.09	0.12 – 0.43
Indirect Costs:		
▪ Lost Productivity and Premature Deaths	3.5 – 4.49	0.42 – 1.28
Total Economic Costs	7.06 – 8.98	0.84 – 2.56

Source: as in Table 2.2.

Inappropriate prescription drug use costs the health care system substantial amounts of money. A 1995 study by Dr. Coombs *et al.* showed that the economic costs of inappropriate prescription drug use in Canada was between \$7 to \$9 billion annually, an amount equivalent to the cost of cancer, from all causes, in Canada.⁶⁰ This figure incorporated both direct costs – resulting from increased hospitalization, more medical visits and interventions, and higher nursing home costs; and indirect costs – resulting from lost productivity at work, absenteeism, and premature deaths. In 1997, Coombs and his team evaluated the economic costs of inappropriate prescribing as ranging between \$0.8 and \$2.6 billion annually (see Table 2.3).

Witnesses stressed that improving the quality of drug use would have a positive impact on patient health and on spending. Dr. Coombs suggested that good patient support programs would help ensure that patients were taking medication properly. Dr. Jeffrey Poston, Executive Director of the Canadian Pharmacists Association, emphasized the role of pharmacists in creating value for money in drug use.

Pharmacists make substantial contributions to primary health care every day by fixing patients' drug-related problems, improving patient compliance – the problem identified in the earlier presentation – managing minor illnesses, and promoting good health. However, it is also a fact that the knowledge and skills of pharmacists are underutilized (...).

Dr. Jeff Poston, CPA (4:10)

While drug use management strategies such as trial prescription programs can save money, the greatest improvement in value for money comes when pharmacists sit down with patients and critically review their therapy. In a recent study in Ontario, pharmacists reviewed the medication of elderly patients on five drugs or more. Eighty-eight percent of those patients had, on average, 3.23 drug-related problems. The pharmacist informed the physician taking care of the patient about these problems, and

⁶⁰ Coombs, Robert B., Ph.D. *et al.*, *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Non-Compliance and Inappropriate Use of Prescription Medications in Canada*, PMAC, 1995.

*in 69 per cent of cases, the physician accepted recommendations from the pharmacist to make changes.*⁶¹

Dr. Poston urged that pharmacists be an integral part of primary care reform. This would solve the problem of underutilizing pharmacists and would also enhance overall drug therapy:

*(...) as provinces develop primary health care reform, they should look at ways to integrate pharmacists into the proposed models for primary health care delivery. Such models should be designed to make maximum use of the consultative services pharmacists can provide to optimize drug therapy.*⁶²

Witnesses also commented on the importance of using information to reduce waste resulting from inappropriate prescribing and use of drugs. The Committee heard that Canada lacks comprehensive drug use and cost information. Evaluating the quality of drug use was seen as a priority. Ms. Barbara Ouellet, Director, Home Care and Pharmaceuticals Division (Health Canada), pointed out that:

*Canada does not have good, comprehensive drug use and cost information, which in and of itself is a barrier to any analysis, including analysis of some of the policy directions or potential implications of policy directions. Canadians are also seeking authoritative, evidence-based, patient-oriented information provided when their prescriptions are written or dispensed.*⁶³

Dr. Poston called for research that critically evaluates the quality of drug use:

*There has been a strong focus on drug costs, but little on the quality of drug use. It is through improving the quality of drug use that true savings will be found, both in costs and human life. Evaluation research should focus on the value of interventions developed to improve the quality of drug use.*⁶⁴

2.4 Who Pays for Drugs in Canada?

Most Canadians have some form of insurance coverage for prescription drugs from one source or another. They receive drug coverage from government programs, private plans through their employers, and individual plans (see Table 2.4). Information provided to the Committee by the Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA) suggests that about 97% of the Canadian population is protected by some form of prescription drug insurance. Estimates by the CLHIA also show that:

⁶¹ Dr. Jeffrey Poston (4:11-12).

⁶² *Ibid.* (4:13).

⁶³ Ms. Barbara Ouellet (4:20).

⁶⁴ Dr. Jeffrey Poston (4:13).

- employer-sponsored group plans are the primary source of insurance for Canadians, providing coverage to 57% of the population;
- individual drug insurance companies cover another 3% of the population;
- the two major public prescription drug insurance plans for seniors and social assistance recipients contribute 12% and 10% respectively to the total;
- provincial programs for the general population (i.e. not limited to seniors or social assistance recipients) cover another 15% of the population;
- programs for status Indians and eligible Inuit and Innu account for about 2% of the coverage;
- various other plans (individual policies, affinity groups, etc.) account for a further 1%;
- some 3% of the Canadian population appear to have no insurance coverage at all for prescription drugs.⁶⁵

TABLE 2.4
TYPES OF PLANS

PRIVATE PLANS	GOVERNMENT PLANS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Employment benefit plans ▪ Individual insurance policies ▪ Affinity-related group plans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registered Indians, eligible Inuit and Innu ▪ Veterans ▪ Seniors ▪ Social assistance recipients ▪ Institutionalized individuals (health related and Corrections) ▪ Universal programs open to all residents

Source: *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, Executive Summary, Applied Management in Association with Fraser Group Trisat Resources, Study submitted to Health Canada under the Health Transition Fund, March 2000.

Because the *Canada Health Act* does not include prescription drugs used outside the hospital setting, public coverage varies considerably from province to province. Similarly, private insurance for prescription drugs provided through employer-sponsored plans or individual insurance companies exhibit significant differences in terms of design, eligibility and out-of-pocket costs.

For example, there are wide variations in public prescription drugs insurance plans.⁶⁶

⁶⁵ Canadian Life and Health Insurance Association, *Drug Expense Insurance in the Canadian Population*, 1998.

⁶⁶ The summary description of government and private plans has been taken from information contained in the study *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, Applied Management in Association with Fraser Group, Trisat Resources, Study submitted to Health Canada under the Health Transition Fund, March 2000.

- The federal government provides drug plan benefits to registered Indians and eligible Inuit and Innu under the Non-Insured Health Benefits program for medication not covered by provincial or territorial government plans.
- Veterans Affairs Canada provides drug plan coverage for certain eligible veterans.
- Members of the armed forces and their families receive drug coverage from the federal government, as do prisoners in federal correctional institutions. Provincial governments provide drugs to prisoners in provincial institutions.
- Some provinces have universal programs (British Columbia, Saskatchewan and Manitoba cover all residents; Quebec covers residents without employer-sponsored drug plans; Ontario has an income-tested program to cover individuals with high drug costs relative to income).
- All provinces and territories cover social assistance recipients and seniors under Pharmacare programs although some provide coverage to low-income seniors only.
- Individuals with certain high-cost diseases are covered in all provinces (for example, people with diabetes, HIV/AIDS, cancer, cystic fibrosis).
- Nursing home and long-term care facility residents obtain drug benefits through provincial drug plans or through funding for the operation of the home or facility.
- Some provincial drug plans charge premiums. Most do not. Others have deductibles (an amount that individuals must pay before being eligible for reimbursement). Most provincial government plans require plan beneficiaries to pay a portion of the prescription costs after the deductible is reached (co-payment). Many plans limit the total amount individuals are required to pay in co-payments and deductibles.
- Provincial and territorial drug plans have adopted formularies – a list of drugs that the plan will pay for.

Most large employers and many small employers offer employee benefit plans that include drug coverage. A number of the larger employers also cover retirees. Self-employed individuals can also purchase individual drug plan coverage. Employers usually pay the premium costs under most employer-sponsored plans but employees may also be required to contribute: the split between plans requiring employees to pay a premium and those that do not is about 50/50. Many private plans do not have deductibles and those that do impose relatively low deductible amounts. Beneficiary co-payments are a feature of many private plans (usually 20%), but a number of plans make no provision for co-payments.

The public/private mix of prescription drug coverage varies widely across Canada. Data from IMS Health (Canada) shows that public insurance covers only 31% of the cost of prescription drugs in Newfoundland and New Brunswick, while governments are responsible for over 60% of prescription drug costs in Saskatchewan, Quebec and Manitoba (see

Table 2.5). Overall, residents of the Atlantic Provinces have less public coverage for prescription drugs than residents of other parts of Canada.

TABLE 2.5
WHO PAYS FOR PRESCRIPTION DRUGS

JURISDICTION	GOVERNMENT PERCENTAGE	CASH/PRIVATE SECTOR PERCENTAGE
British Columbia	40.9%	59.1%
Alberta	45.5%	54.5%
Saskatchewan	66.1%	33.9%
Manitoba	62.2%	37.8%
Ontario	42.8%	57.2%
Quebec	62.2%	39.8%
New Brunswick	31.1%	68.9%
Nova Scotia	33.3%	66.7%
Newfoundland	31.1%	68.9%

Source IMS Health (Canada)

2.5 Do Some Canadians Have Better Coverage for Drug Costs than Others?

The Health Transition Fund (Health Canada) funded a study to examine the range and extent of government and private prescription drug plans and to assess measures of under-insurance in Canada. A copy of this comprehensive study, which is entitled *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, was provided to the Committee.⁶⁷

Perhaps the most striking conclusions from the study are the substantial regional variations in who is eligible for coverage and the reimbursement levels under government drug plans. The study also reveals that a substantial number of people have inadequate coverage or no coverage at all. Part-time and low-income workers are particularly vulnerable because they do not qualify for government plan coverage and do not have access to an employee benefits plan. Overall, the study came to the following conclusions:⁶⁸

- Ninety-three percent of Canadians have a combination of public and private drug insurance plans to provide protection against serious financial hardship in the event that expensive drug treatment is required. Approximately 4 percent of the population would be considered under-insured because their coverage would reimburse only a portion of their bills while 3 percent are uninsured.

⁶⁷ *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, Executive Summary Applied Management in Association with Fraser Group Trisat Resources, Study submitted to Health Canada under the Health Transition Fund, March 2000.

⁶⁸ These conclusions are summarized in the study's Executive Summary.

- Residents of the Atlantic Provinces, other than seniors and social assistance recipients and those in employer-sponsored group programs have no protection against catastrophic levels of drug expense.
- In all provinces, except Quebec, workers in part-time or low-wage positions are more likely to be uninsured or underinsured for routine drug expenses compared to the general population under age 65 because there is little to no coverage under employer-sponsored group plans.
- In all provinces, except Quebec, there is reduced coverage in the 55-64 age group.
- Of the Aboriginal population, registered Indians or eligible Inuit and Innu have good coverage under Health Canada's Non-Insured Health Benefits program. Métis and Non Status Indians, on the other hand, are more likely to be under-insured or uninsured than the non-Aboriginal population.
- Therefore, the strongest determinant of whether an individual will have adequate coverage against catastrophic (high) drug expenses is province of residence. While many individuals, especially seniors, have protection against catastrophic expenses under government plans, non-seniors residing in provinces or territories without universal government programs can face a significant financial burden if they do not have private drug plan coverage through their employers.

Another study that was tabled before the Committee assessed the recent changes to the Quebec prescription drug plan and the effect of co-payment on drug consumption.⁶⁹ In 1996, Quebec made drug insurance mandatory. As a result, previously uninsured individuals were given access to a prescription drug plan. The new drug plan required beneficiaries to pay a portion of their prescription costs. This differed from the previous plan under which many beneficiaries – particularly social security recipients and seniors entitled to the Guaranteed Income Supplement – received prescription drugs free. The Quebec study found that seniors and social security recipients significantly reduced their drug consumption. This decline in consumption applied to both essential and non-essential drugs. The study also reported increases in the number of adverse events, emergency room visits, and visits to doctors attributable to the reduction in consumption of essential drugs.⁷⁰

A number of witnesses raised concern about patient access to drug therapy especially in light of recent changes to public drugs plans that impose higher co-payments and deductibles. In their view, if certain patients have to bear all or a portion of the cost of their prescriptions, they will forego essential drug therapy. They

Two-tier health care is alive and well. First estimates vary, but approximately 3 million Canadians have no drug coverage, and probably another 3 million or more have inadequate coverage because of the high deductibles and co-payments that were introduced in many public plans in the 1990s.

Dr. Jeffrey Poston (4:12)

⁶⁹ Robyn Tamblyn, et al., *Evaluation Report of the Impact of Prescription Drug Insurance Plan*, Summary, March 1999.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 22.

stressed that many Canadians have inadequate drug coverage or no coverage at all and cannot afford the drugs prescribed for them. This, of course, has important cost and service implications for other areas of the health care system. For example, Dr. Coombs observed:

(...) if you raise the price or make the drug less accessible, people will fill scripts less, renew the scripts less, and use other health care resources more. They will drive up your hospitalization charges if you deny them the drugs. ...Economics is a barrier and other access issues are also a barrier.⁷¹

A number of witnesses recommended that the federal government develop, in collaboration with the provinces, a national Pharmacare plan. There is no single model for a pan-Canadian Pharmacare, and a number of complex issues can influence their design. These include deciding who should be covered (e.g., everyone, specific groups of the population such as seniors or social assistance recipients, etc.), what is covered (e.g., all prescriptions, specific categories of prescriptions, etc.), and how it should be financed (e.g., public financing only or a mix of public and private funding with deductibles, co-payments, etc.). Witnesses indicated that if user charges were required under Pharmacare, they should be minimal; they should not place an undue burden on patients.

Furthermore, there is considerable controversy concerning the costs of setting up a national Pharmacare program and of ensuring its long-term viability. In 1997, Palmer d'Angelo Consulting Inc. estimated the cost of funding several models of national Pharmacare. Here is a summary of the major findings of this study:

- A fully funded, comprehensive, publicly administered, national Pharmacare plan would increase public expenditures on prescription drugs by an estimated \$4.3 billion.
- Other publicly administered plans would increase public expenditures by \$2.1-\$2.5 billion with patients paying co-payments or the dispensing fee. These plans would in essence "nationalize" current private plans.
- With a national Pharmacare plan similar to the drug plans that exist in Saskatchewan and Manitoba, public expenditures would fall by almost \$0.5 billion. However, expenditures by individuals would increase by \$0.9 billion.
- The impact on the public purse of the mixed public/private plans is considerably less than the public only plans. The incremental increase in expenditures range from \$0.1 billion with a plan similar to that currently in Quebec, to \$1.5 billion for a plan that provides true first dollar coverage.⁷²

Clearly, the cost of funding a national Pharmacare program would vary according to how it is designed. A recent study by Dr. Joel Lexchin suggested that although such a system would increase public spending, it would nonetheless save money by reducing administrative

⁷¹ Dr Robert Coombs (4:21).

⁷² Palmer d'Angelo Consulting Inc., *National Pharmacare Cost Impact Study*, September 1997.

costs and dispensing fees.⁷³ The impact of a national Pharmacare program on drug prices is also unclear. For example, international experience with national Pharmacare programs shows that drug costs continue to grow at a rate of 8% annually.

The Committee was told that the idea of a common drug formulary was being discussed at the provincial and territorial level. More specifically, following their conference in August 2000, Provincial Premiers and Territorial Leaders agreed to work together and “mandated their Health Ministers to develop strategies for assessing and evaluating prescription drugs. These strategies could include the creation of a common inter-provincial/territorial advisory process to assess drugs for potential inclusion in provincial/territorial drug plans.”⁷⁴ However, the Committee was told that provinces might resist the development of a national drug formulary:

With respect to Pharmacare, a fairly broad proposal was made to governments in the early 1990s that included aspects of what we are talking about here, including national formularies. The issue for the provinces is that they are trying to manage their own resources in ways that best meet the needs of their own populations. That may mean, for example, that if they have a high senior population, then there will be certain demands for access to pharmaceuticals for that population. If they have a high proportion of AIDS patients, then they will need to deal with those needs as well. They are desperately trying to ensure that the drugs they list are appropriate for their citizens. In fact, as some drugs lose their effectiveness and better ones become available, can they actually be removed from the formularies? I would say that there is currently no desire or will to talk about one national formulary because of the need to respond flexibly to their own population needs, which they argue would differ.⁷⁵

2.6 Committee Commentary

In recent years, there has been a marked increase in drug spending. The evidence suggests that the growth in drug costs has been driven largely by increased utilization of drugs and a shift from older, less-expensive medications to newer, costlier forms of drug therapy, but less so by price increases. Witnesses told the Committee that they expect drug spending to take up an even larger portion of health care dollars in the future.

There is also increasing evidence of inappropriate prescribing and use of medicines. Patient non-compliance with prescribed drug regimens and early discontinuance of medications for chronic conditions is estimated to be as high as 50%. Inappropriate drug therapy is costly to the Canadian health care system. In the opinion of the Committee, it is critical to address the issue of inappropriate drug therapy. We agree with witnesses that pharmacists can play a crucial role in primary care reform and that better integration of the work

⁷³ Dr. Joel Lexchin, *A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity*, Canadian Centre for Policy Alternatives, March 2001.

⁷⁴ 41st Annual Premiers' Conference, “Premiers' Commitment to their Citizens,” *News Release*, Winnipeg, 11 August 2000 (also available at http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_e.html).

⁷⁵ Barbara Ouellet (4:41).

of physicians with that of pharmacists can greatly reduce the economic burden of inappropriate drug prescribing and use. The Committee also believes that the implementation of health information systems could greatly improve information on prescribing and using medicines. The development of PharmaNet in British Columbia, for example, deserves attention as it provide pharmacists with a complete record of drugs prescribed to each resident of the province.

Furthermore, the Committee received evidence that Canadians do not have uniform coverage for prescription drugs. Some Canadians have no coverage at all, while others are clearly under-insured. Lack of coverage for prescription drugs and under-coverage are of particular concern for residents of the Atlantic provinces. The Committee strongly feels that prescription drugs should be easily available when they are medically necessary.

There is, at the moment, no definite consensus regarding the development of a national Pharmacare program. A variety of models can be envisioned each of which raises multiple issues. For example, should a national Pharmacare plan meet all the conditions of the *Canada Health Act*? Should a national Pharmacare plan be established along with a national drug formulary or with existing individual provincial formularies? How would the plan be financed – public funding only, public/private mix, with co-payments and deductibles? Where would the public funding come from – general taxation, employer/employee premiums, a dedicated health care tax, etc.?

In Phase Four of its study, the Committee will outline options for addressing these various issues.

CHAPTER THREE:

HEALTH CARE TECHNOLOGY

“**H**ealth care technology” is a very broad concept that can be defined as “the set of techniques, drugs, equipment, and procedures used by health care professionals in delivering medical care to individuals and the systems within which such care is delivered.”⁷⁶ David Feeny, professor of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences at the University of Alberta, told the Committee that the concept of health care technology includes both embodied and disembodied technologies. An embodied technology is one that is “contained” or captured in the physical artefact itself. In contrast, disembodied technologies are ideas or procedures that do not involve a tangible product or piece of equipment.⁷⁷ Table 3.1 provides selected examples of health care technologies.

TABLE 3.1
EXAMPLES OF HEALTH CARE TECHNOLOGY

EMBODIED TECHNOLOGY	<i>Devices, Equipment and Supplies:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Cardiac pacemakers, computed tomography (CT) scanners and magnetic resonance imagers (MRIs), surgical gloves, diagnostic test kits, etc.
	<i>Medical and Surgical Techniques:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Coronary angiography, gall bladder removal, etc.
	<i>Drugs:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Aspirin, beta-blockers, penicillin, vaccines, blood products, etc.
	<i>Support Systems:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Electronic patient record systems, telemedicine systems, blood banks, clinical laboratories, etc.
DISEMBODIED TECHNOLOGY	<i>Procedures:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Pap smear test
	<i>Ideas:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Early ambulation following surgery, washing hands between patients, etc.

The Committee heard that health care technologies have lifecycles: some are well-established while others are in the early stages of development; still others have become obsolete. Innovative technologies today move increasingly quickly from the research laboratory to the health care sector. As a result, rapid innovation is contributing to faster obsolescence of health care technologies.

⁷⁶ David Feeny, *The Generation, Evaluation and Application of Health Care Technologies in Canada*. Brief to the Committee, 29 March 2001, p. 5.

⁷⁷ Experts often include the innovative ways to finance, organize and provide health care under the category of disembodied health care technology.

The Committee was also told that Canada does not play a leading role in the development of health care technology. In fact, 70 percent of health care technologies currently used in Canada were developed abroad.

Everybody agrees that health care technology constitutes an important component of health care delivery in advanced countries. Health care technology can improve the speed and accuracy of diagnosis, cure disease, lengthen survival, alleviate pain, facilitate rehabilitation, and maintain independence. However, many concerns have been raised in Canada about the availability, assessment and cost of both new and existing health care technologies. The Committee was told that these issues need to be addressed if Canadians are to derive the maximum benefits health care technology can provide, while sustaining an affordable health care system.

Although the definition of health care technology does encompass drugs, this chapter will discuss issues related to "hard" technologies only. Issues related to drugs are the subject of the previous chapter.

3.1 Availability Of Health Care Technology

A recent study by the Fraser Institute shows that although Canada is the 5th highest among OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), it is generally among the bottom third of OECD countries in the availability of health care technology (see Table 3.2). For example, Canada ranks 21st of 28 OECD countries in the availability of CT scanners, 19th of 22 in availability of lithotriptors, and 19th of 27 in availability of MRIs. Its only favourable ranking is in the availability of radiation equipment, where it ranks 6th out of 17. The study also reveals that this technology gap is widening. For example, Canada's deficit in the availability of MRIs worsened between 1986 and 1995 relative to other leading OECD countries including Australia, France, the Netherlands and the United States. In other words, Canada's levels of health care technology are disproportionately low given its level of health care spending.

TABLE 3.2
AVAILABILITY OF HEALTH CARE TECHNOLOGY
INTERNATIONAL COMPARISONS, 1997
(NUMBER PER MILLION POPULATION)

TECHNOLOGY	CANADA	OECD AVERAGE	CANADIAN RANK	SAMPLE SIZE
<i>CT Scanners</i>	8.1	12.9	21	28
<i>Radiation Equipment</i>	5.3	4.2	6	17
<i>Lithotriptors</i>	0.4	1.4	19	22
<i>MRIs</i>	1.7	3.9	19	27
<i>Health Care Spending as a % of GDP</i>	9.3	7.7	5	29

Note: Data is not available for some countries for some technologies.

Source: David Harriman, William McArthur and Martin Zelder, "The Availability of Medical Technology in Canada: An International Comparative Study." *Public Policy Sources*, No. 28, 2000.

The Fraser Institute study also indicates that Canada lags behind its competitors in terms of the more advanced health care technology. For example, 18 leading-edge technologies - including intraoperative CT scanners and “open” type MRIs - are available in Washington and Oregon, but unavailable in the province of British Columbia.

According to the study, the low availability of health care technology in Canada has translated into limited access to care and lengthened waiting times. For example, waiting times for CT, MRI and ultrasound scans are relatively long and are growing. In particular, the current waiting time for an MRI is 12 weeks and 5 weeks for a CT scan. Overall, waiting times have grown by more than 40% since 1994.

Availability is not the only issue with respect to health care technology. The “aging” of that technology is also of concern. For example, information provided to the Committee indicates that between 30% to 63% of imaging technology currently used in Canada is outdated (see Table 3.3). The outdated nature of the health care technology depends on both the number of years in usage and the relative effectiveness of the equipment in terms, for example, of the quality of the image or the dose of radiation.

Many of our standard x-ray machines and other machines in the hospitals are functionally inadequate at this point because they are simply too old to do the job for which they were designed. It has become quite common to see duct tape holding our equipment together. It has become a joke amongst us. You see this in the press, but it is true. I have seen it in my own hospitals and my own area of work.

*Dr. John Radomsky, president
CAR (5:7)*

TABLE 3.3
OUTDATED RADIOLOGY EQUIPMENT

EQUIPMENT TYPE	PERCENTAGE OF OUTDATED EQUIPMENT
<i>General radiography</i>	63%
<i>Fluoroscopy</i>	63%
<i>Ultrasonography</i>	53%
<i>Angiography</i>	50%
<i>Mobile radiography</i>	50%
<i>CT</i>	39%
<i>Nuclear medicine</i>	34%
<i>Mammography</i>	32%
<i>MRI</i>	30%

Source: Canadian Association of Radiologists, *Timely Access to Quality Care – the Obligation of Government, the Right of Canadians*, Brief to the Committee, March 2001, p. 4.

The Committee was told that the shortage of new technology and the use of outdated equipment impede exact diagnosis and inhibit high quality treatment. This situation, which can negatively impact on the health of a patient, also raises concerns about the liability of the health care providers. When he appeared before the Committee, Dr. John Radomsky, president of the Canadian Association of Radiologists (CAR), provided the following example:

Several machines in one of our hospitals are approximately eight to ten years old. They were once state-of-the-art machines. They are maintained to that standard. However, when I find a breast cancer with my newer ultrasound machine in the office, I cannot find that same cancer with the eight-year-old machine in the hospital. Therefore, I cannot perform a biopsy on it. We have to use some other test or send the patient to some other facility, thereby increasing the cost, the anxiety, as well as inconvenience of the patient.(...) There is the potential to miss something that will be hazardous to the patient, and that puts us in an untenable position.⁷⁸

It is not clear why Canada is not introducing and making use of health care technologies at the same pace as other OECD countries and why it does not routinely replace aging equipment. Indeed, many factors seem to contribute to this situation:

- On the one hand, Canada imports most of its health care technology. This contrasts sharply with countries such as Germany, France and the United States which have a strong health care technology industry. It may be easier and less costly to purchase new equipment from a domestic manufacturer than from an offshore supplier.
- On the other hand, investment in health care necessarily implies that trade-offs have to be made between health care technology and other health care goods and services. For example, while Canada is far behind other countries in terms of the availability of “hard” technology, if we include drugs in the definition of technology, then Canada does not do so poorly. Therefore, we might invest relatively less in health care technology, but relatively more in other health care goods and services.
- Moreover, the process for assessing health care technology is separated from the decision-making process for purchasing such technology. It is difficult for assessment agencies to have any influence on the purchase of health care technologies when the decisions are made at other levels of the health care system.
- But most importantly, fiscal pressures faced by all levels of government throughout the 1990s have resulted in low levels of capital investment in Canada’s health care system.

The federal government is well aware of the deficit in health care technology. In September 2000, it announced that it would invest a total of \$1 billion in 2000-01 and 2001-02, to assist provinces and territories in the purchasing of new medical equipment. This funding was made available upon passage of the legislation in October 2000, allowing provinces and territories to start making immediate acquisitions of necessary diagnostic and clinical equipment. Although the medical community has welcomed this injection of new federal funds, a number of concerns remain:

- Some provinces have not applied for their share of this fund, possibly because the federal government requires matching grants.

⁷⁸ Dr. John Radomsky, CAR (5:32).

- There is no apparent accountability within the provinces as to exactly where that money is going to be spent.
- This funding is not distributed equitably among health care facilities. For example, CAR told the Committee that all federal government funding in the province of Ontario is being directed toward hospitals, although approximately 50% of all radiology testing is conducted outside of the hospital sector, by community-based independent health care facilities.
- Additional resources are required to operate the equipment. CAR estimates that a \$1 billion investment in new equipment necessitates some \$700 million to cover operational costs.

The recent influx of new health care funding from the federal government has been welcomed by provincial payers, as well as those working in the system. However, it also means that it is important now, perhaps more than ever, to pay attention to how these funds are spent, by using an approach that is based on closely examining the evidence behind the many products and services competing for the public health care dollar.

CCOHTA, Brief, p. 4.

- This investment does not address the problem of the old equipment that needs to be upgraded. According to the CAR, this would require an additional \$1 billion investment.
- This new funding does not enable Canada to rank at a level comparable to that of the other OECD countries.
- Finally, this funding is not subject to any requirement for health care technology assessment.

The Committee was told that the aging of the Canadian population as well as increased public expectations will have a great impact on the future needs for health care technology. Overall, witnesses suggested that the current deficit in health care technology requires a serious re-evaluation of the way in which equipment is supplied, funded and provided in Canada. They also stressed that health care policy-makers must forecast future needs and develop an appropriate plan for action.

As the proportion of elderly people increases, the demand for imaging procedures likely will also increase. As many diseases are more prevalent in the elderly, more medical imaging procedures, per capita, are performed on adults than on children; an on older rather than younger adults.

CAR, Brief, p. 8.

Witnesses underlined, however, that providing the health care sector with all the technology it needs would not solve all the problems because there is not an appropriate level of professionals to operate that equipment. In their view, there is a need to increase the number of professionals, retain those that we have and bring back some of the people who went to the United States or other countries. This issue is discussed in more detail in Chapter Six, which deals with the availability and distribution of human resources in health care.

3.2 Health Care Technology Assessment

Technology assessment refers to the production and analysis of evidence on the safety, clinical effectiveness and economic efficiency of health care technologies. Health care technology assessment (HTA) often also considers the social, legal and ethical implications of the use of health care technologies. HTA can be undertaken at various stages of a technology's lifecycle. HTA contributes in many ways to the knowledge base for improving the quality of health care: it can ensure that health care technologies are effective, that they are applied in the appropriate cases and conditions, and that the least costly technology is used to achieve a particular outcome. Moreover, HTA can assist in deciding whether a new technology should be introduced or when an existing technology should be replaced.

Health Technology Assessment (HTA) is the process of evaluating medical technologies (devices, equipment, procedures and drugs) and their use. HTA researchers collect, synthesize and critically evaluate the available research on medical technologies. Based on an interdisciplinary approach, an assessment can encompass analyses of safety, efficacy, effectiveness, quality of life and patient use. Other important factors such as economic, ethical, and social implications and other effects which may be unintended, indirect or delayed, may also be considered.

CCOHTA, Brief, p. 2.

In recent years, the federal and provincial governments have supported the creation of various health care technology assessment agencies. The first provincial HTA agency in Canada was established in 1988 in Quebec – the *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec*. A national agency, the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) was established in 1989. The British Columbia Office of Health Technology Assessment was established in 1990. The Health Technology Assessment unit of the Alberta Heritage Foundation for Medical Research was established in 1996. Health services utilization agencies, with close links to their respective provincial governments, which undertake some HTA activities; have been formed in Manitoba, Ontario and Saskatchewan. At the national level, CCOHTA plays a role of coordination of all HTA activities across jurisdictions, and it attempts to minimize duplication with other national and provincial organizations.

The Committee was told that, despite the work performed by these agencies, not enough attention is devoted to HTA in Canada. On a worldwide basis, Canada spends less in HTA activities than other countries. Dr. Jill Sanders, president and CEO of the CCOHTA, mentioned that while CCOHTA invests some \$4.3 million, with some additional funding from provincial governments (about another \$3 million), the United Kingdom provides some \$100 million. Therefore, health care technologies are often introduced into Canada's health care system with only superficial knowledge of their safety, effectiveness and cost.

David Feeny⁷⁹ told the Committee that, while the volume and scope of HTA in Canada has increased in recent years, the reports generated by the HTA agencies rely heavily upon the synthesis of existing evidence. In his view, these agencies have lacked the resources to fund large-scale studies and, in particular, to conduct randomized controlled clinical trials. Furthermore, the social and ethical implications of health care technologies have received relatively little attention in the work of Canadian agencies.

⁷⁹ David Feeny, Brief to the Committee, pp. 5-6.

Professor Feeny also argued that if the goal of the health care system is to maintain and improve the health status of Canadians, then more needs to be done in assessing how health care technology can have an impact on health-related quality of life (HRQL). He suggested that the increased use of outcome measures such as HRQL would have the potential to enhance substantially the accountability and transparency of the health care system.

Martin Zelder, Director of Health Policy Research at the Fraser Institute, suggested that Canada should use the results of HTA undertaken offshore. Other witnesses cautioned, however, that we cannot simply translate the results of HTA studies realized elsewhere. The application of foreign research is complicated by certain factors such as differences in demography and patterns of disease, differences in the costs of various health care resources, and differences in patterns of practice.

If governments are not assisted with information regarding the relative safety and efficacy of competing treatment alternatives that may vary widely in cost, there is a great potential for taxpayer dollars to not be used appropriately.

CCOHTA, Brief, p. 3.

According to Dr. Radomsky, HTA in Canada remains in the realm of academia and government, and it does not filter down to the grassroots users. In his view, health care providers need to work with experts in HTA to develop clinical practice guidelines that will allow them to use the equipment more efficiently and effectively. Therefore, there is a need for more collaboration and multidisciplinary work. In the same vein, Dr. Sanders suggested that decision-makers be involved in the design, execution, and interpretation of evaluative studies and HTA activities. This would help getting the evidence gained from HTA activity into the formulation of public policy with respect to health and health care.

Overall, witnesses pointed to the importance of investing more in HTA and stressed the need to increase the awareness and thus the use of HTA findings.

3.3 Impact On Health Care Costs

In terms of spending and effectiveness, there are four different ways that health care technologies can have an impact on the provision of health care. In general, a technology can be: 1) *more* effective and *more* expensive; 2) *more* effective and *less* expensive; 3) *less* effective and *less* expensive; 4) *less* effective and *more* expensive.⁸⁰ Unfortunately, however, the Committee was told that the precise contribution of technology to the costs of health care in Canada is not known. Attempts to quantify the connection between technology and rising health care expenditures have suffered from a lack of reliable data. The majority of studies to date have treated technology as a “residual” item, attributing to technology that portion of the increase in health care spending not accounted for by more easily identifiable factors.⁸¹

⁸⁰ British Columbia Medical Association, *Turning the Tide – Saving Medicare for Canadians*, Part I of II: Laying the Foundation for Sustaining Medicare, Background Paper, July 2000, pp. 31-34.

⁸¹ Konrad Fassbender and Melinda Connolly, *An Empirical Review of Health Expenditures and Technology – Part 2 of 5: Literature Review*, Institute of Health Economics, University of Alberta, Working Paper Series no. 00-08, 2000 (<http://www.ipe.ab.ca>).

Therefore, we do not know how much Canada spends on health care technology nor do we know how health care technology has an impact on the health and quality of life of Canadians. It is not possible to know whether the cost of health care technology represents an "add-on" or whether it is offset by reductions in the actual costs of the treatments they permit. Witnesses unanimously pointed to the need to undertake research in this area.

3.4 Committee Commentary

The Committee is concerned by the shortage in health care technology and the impact this might have on waiting lines. In our view, timely access to diagnosis and treatment is a crucial objective that must be ensured in Canada's health care system. In this perspective, we applaud the investment by the federal government to help the provinces and territories in the financing of new medical equipment. It is our hope that the various concerns raised during the hearings regarding the use of these new funds be addressed in a timely manner.

Nevertheless, the Committee agrees with witnesses that technology assessment is a critical activity and that more HTA needs to be undertaken when considering the introduction of a new technology or the replacement of existing medical equipment. The Committee is also aware that there is currently an under-production of relevant and timely information on the costs and consequences of the use of health care technologies and that more research in this area would greatly benefit the whole health care system. The federal government, through its role in financing innovative health research, should devote more funding to the assessment of new and existing health care technologies.

CHAPTER FOUR:

DISEASE TRENDS

The 20th century revolution in health care has significantly altered the pattern of diseases, with the causes of mortality shifting away from infectious diseases and towards non-communicable diseases. Chronic diseases, such as cancer and cardiovascular disease, are now the leading causes of death and disability in Canada, while accidental injuries are the third most common cause of death. However, some infectious diseases once thought to have been conquered – such as tuberculosis – are re-emerging and antibiotics are becoming increasingly ineffective against them. Rapid international transport of foods and people also increases the opportunities for the spread of infectious diseases.

The incidence of illness and trends in diseases greatly differs between men and women and within sub-populations such as Aboriginal peoples, children and youth, as well as between different socio-economic groups. The economic burden of disease is significant and must be seen to include not only direct health care costs, but also lost productivity and lower quality of life.

There are concerns that new diseases and increasingly prevalent illnesses may have a significant impact on the current and future costs of health care. However, many of the causes of disease, disability and early death are preventable. It has been suggested that increasing efforts in the area of health promotion and disease prevention, with a particular focus on Canadians with low incomes and low levels of education, must remain key areas in public policy if we are to improve overall health status and contain health care costs.

4.1 Trends In Diseases

The leading causes of death have changed dramatically over the 20th century (see Table 4.1). In the early 1920s, heart and kidney diseases were the leading causes of death. The next most common causes were influenza, bronchitis and pneumonia, followed by diseases of early infancy. Tuberculosis took more lives than cancer. Intestinal illnesses such as gastritis, enteritis and colitis, and communicable diseases such as diphtheria, measles, whooping cough and scarlet fever, were also among the leading causes of death.

TABLE 4.1:
LEADING CAUSES OF DEATH
(RATE PER 100,000)

1921-25	
Cardiovascular and renal disease	221.9
Influenza, bronchitis and pneumonia	141.1
Diseases of early infancy	111.0
Tuberculosis	85.1
Cancer	75.9
Gastritis, duodenitis, enteritis and colitis	72.2
Accidents	51.5
Communicable diseases	47.1
ALL CAUSES 1,030.0	
1996-97	
Cardiovascular diseases (heart disease and stroke)	240.2
Cancer	184.8
Chronic obstructive pulmonary diseases	28.4
Unintentional injuries	27.7
Pneumonia and influenza	22.1
Diabetes mellitus	16.7
Hereditary and degenerative diseases of the central nervous system	14.7
Diseases of the arteries, arterioles and capillaries	14.3
ALL CAUSES 654.4	

Nota: Disease categories not identical over time. Rates in 1996-97 are age-standardized. Source: Susan Crompton, "100 Years of Health," *Canadian Social Trends*, Statistics Canada, Catalogue 11-008, No. 59, Winter 2000, p. 13.

Public health programs, combined with the large-scale introduction of vaccines and antibiotics, have led to a major shift in the pattern of diseases. Today, although cardiovascular disease remains the leading cause of death among Canadians, its impact on mortality has declined dramatically over the past 70 years, probably reflecting changes in lifestyles (reduced levels of smoking, lower-fat diets, more exercise) and improvements in treatment (new drugs and improved medical/surgical techniques). In contrast, cancer has become the second cause of death in Canada, compared to fifth in 1921.

4.1.1 Infectious Diseases

Dr. Paul Gully, Acting Director General at the Centre for Infectious Disease Prevention and Control (Health Canada), told the Committee that although some infectious diseases have been controlled or virtually cured, many infectious diseases persist. Indeed, he stated that: "since 1980, the death rate from infectious diseases in Canada has increased."⁸²

⁸² Dr. Paul R. Gully, *Infectious disease trends in Canada*, Brief to the Committee, 4 April 2001, p. 2.

Infectious diseases are a significant economic burden, costing more than \$6 billion annually in 1998.⁸³ Dr. Gully pointed to seven infectious disease trends that threaten Canadians:

- Many infectious diseases, such as AIDS and hepatitis C, persist;
- There are new and emerging disease threats, including mad cow disease and E. coli, as well as the West Nile Virus infection;
- Global travel and migration can introduce new diseases into the population;
- Environmental changes, such as global warming, deforestation, and tainted water, may cause infections, such as Lyme disease;
- Behavioural changes, particularly high-risk sexual practices and drug use, can spread HIV and other diseases;
- Resistance to immunization could cause a resurgence in polio and measles, for example; and
- Anti-microbial resistance may reduce the effectiveness of traditional curative measures.⁸⁴

4.1.2 Chronic Diseases

According to the National Population Health Survey, in 1998-99, more than half of all Canadians, or 16 million, reported having a chronic condition. The most prevalent conditions were allergies, asthma, arthritis, back problems, and high blood pressure.⁸⁵ In a written brief to the Committee, Dr. David MacLean, Department Head, Community and Epidemiology, Dalhousie University, noted:

*Chronic non-communicable diseases are the major health burden today in developed countries like Canada. They are by far the most important cause of all mortality, premature mortality, morbidity, and years of potential life years lost in Canada. They are the leading causes of disability, loss of productivity, and deterioration in the quality of life.*⁸⁶

Cardiovascular disease is the major cause of death in Canada, accounting for 37% of all deaths. Mortality from cardiovascular disease has been declining in Canada since 1970 among both men and women, although more slowly in women. Cancer in its many forms is the second-leading cause of death and the leading cause of potential years of life lost before age 70 (over one-third of all potential years of life lost). Cancer is primarily a disease of older Canadians, with 70% of new cancer cases and 82% of deaths due to cancer occurring among those who are at least 60 years old. Cancer death rates have declined slowly for men since 1990, while they have remained relatively stable among women over the same period. However, lung cancer rates for women are now four times higher than they were in 1971.

⁸³ Dr. Paul Gully, Brief, p. 5.

⁸⁴ Dr. Paul Gully (6:10-11).

⁸⁵ Dr. Christina Mills, *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, Brief to the Committee, 4 April 2001, p. 4.

⁸⁶ Dr. David MacLean, *Addressing the Burden of Chronic Disease in Canada*, Brief to the Committee, 3 April 2001, p. 1.

Witnesses identified some of the factors that are affecting the incidence of chronic disease. More precisely, poor diet, lack of exercise, smoking, stress, excessive alcohol intake, and obesity were all identified as chronic disease risk factors. Dr. MacLean suggested that most chronic diseases - such as cancers, heart disease, diabetes, and respiratory disease - are "entirely preventable" and, moreover, that the social and biological determinants of chronic diseases "can be manipulated."⁸⁷ In his view, however, there is a tendency to focus on curing chronic diseases, rather than preventing them. He said that the most common chronic disease strategy

"has been to deal with the issue largely as a clinical problem with significant health care resources invested in the development of specialized services utilising sophisticated diagnostic and treatment technologies."⁸⁸ Dr. MacLean noted that there is a limited political will to expend resources on prevention because "the outcomes from preventative work are long term. There are no short payoffs. For some parts of the political process, that is not an attractive issue."⁸⁹

Eighty-five per cent of Canadians over 65 have at least one modifiable risk factor for cardiovascular disease, and almost two-thirds of Canadians overall have at least one factor for cardiovascular disease. Two-thirds of Canadians lead sedentary lifestyles, and over half are above a healthy weight.

*Dr. Christina Mills, Director General, CCDPC,
Health Canada (6:8)*

4.1.3 Injury

In 1995-96, there were 217,000 hospital admissions due to injury. By far, the highest rates of hospital admissions due to injuries were among Canadians over the age of 65. The rate was lower among people under the age of 45. Falls remain an important cause of injury among seniors and children under 12. Among children, the next most important cause of injury-related admission to hospital in 1996 was poisoning. For adolescents and adults under the age of 65, the second most important cause was motor vehicle crashes. The vast majority of injuries are accidental (about 66%).⁹⁰ In her brief, Dr. Christina Mills, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC) at Health Canada, indicated that each year, \$9.5 billion in direct costs are the result of injuries, in addition to \$4.7 billion in compensation costs. Most of these injuries are preventable.⁹¹

4.1.4 Mental Illness

The National Population Health Survey of 1994/95 found that approximately 29% of Canadians had a high level of stress; 6% of Canadians felt depressed; 16% of Canadians reported that their lives were adversely affected by stress; and 9% had some cognitive impairment such as difficulties with thinking and remembering. Work prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health estimated that about 3% of Canadians suffer from severe and chronic mental disorders that can cause serious functional

⁸⁷ Dr. David MacLean (6:14).

⁸⁸ Dr. David MacLean, Brief to the Committee, p. 4.

⁸⁹ Dr. David MacLean (6:16).

⁹⁰ Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Toward a Healthy Future - Second Report on the Health of Canadians*, Ottawa, 1999, p. 19.

⁹¹ Dr. Christina Mills, Brief to the Committee, p. 10.

limitations and social and economic impairment such as manic depression and schizophrenia. This translates into approximately one in every 35 Canadians over 15 years of age.⁹²

Mental stresses and disorders leading to mental illness can strike at different periods of life. Autism, behavioural problems and attention deficit disorder most commonly affect children. Adolescence is typical for the onset of eating disorders and schizophrenia. Adulthood is a time when depression may manifest more obviously. Seniors years are marred by Alzheimer's and other types of dementia although depression is also being identified more often in the elderly.

4.1.5 The Economic Burden of Disease

According to data provided to the Committee, the total cost of illness was estimated at \$156.4 billion in 1998. Direct costs (such as hospital care, physician services and health research) amounted to \$81.8 billion, while indirect costs (such as lost productivity) accounted for \$74.6 billion. The diagnostic categories with the highest total costs were cardiovascular diseases, musculoskeletal diseases, cancer, injuries, respiratory diseases, diseases of the nervous system, and mental disorders.

The economic burden of mental health problems were estimated at approximately \$14 billion in 1998. Mental illnesses and disorders were the seventh highest among all diseases in terms of the overall cost of illness. It is estimated that mental illness is the second-leading cause of hospital use among those aged 20 to 44, a period of life normally associated with high productivity.

4.2 Determinants of Poor or Good Health

Disease issues are complex. This complexity is attributable to the fact that poor or good health is dependent on a variety of factors such as biology and genetic endowment, as well as the physical environment and socio-economic conditions in which an individual lives. More importantly, it is the interaction among these various factors that can have a significant impact on one's state of health. For example, Dr. MacLean noted: "Illness generally results from the interaction between an individual's genetic make up and broad environmental factors."⁹³ This was echoed by Dr. Mills who stated that: "many major conditions share common risk factors" and, moreover, risk factors often "cluster together" in individuals.⁹⁴

According to many experts, the most powerful influence on health is socio-economic status. Whether we look at how people rate their own health, premature mortality, psychological well-being or the incidence of chronic disease, socio-economic status remains strongly related to health status. Differences in health status are readily evident in a comparison of the highest and lowest income groups. Canadians with low incomes and low levels of education (which are often related) are more likely to have poor health status, no matter which

⁹² Kimberly McEwan and Elliot Goldner, *Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports: A Resource Kit*, prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Ottawa, Health Canada, 2000, p. 30.

⁹³ Dr. David MacLean, Brief to the Committee, p. 3.

⁹⁴ Dr. Christina Mills (6:6 and 6:8).

measure of health is used, and people's health improves on virtually all measures and in all of the factors that influence health as levels of income and education increase. Canadians with low incomes are also more likely to die earlier than other Canadians, no matter which cause of death is considered. But an active gradient in health status from low to middle and upper levels of income can also be observed in virtually all measures of both mortality and morbidity. In other words, high-income Canadians are more likely to be healthy than middle-income Canadians, who are in turn healthier than low-income Canadians. Indeed, it is estimated that if the same death rates as for the highest income earners applied to all Canadians, over one-fifth of all potential years of life lost before age 65 could be prevented.

4.3 The Need For Health Promotion And Disease Prevention

The common thread woven through the witnesses' presentations was the need to invest more in prevention and promotion strategies. They pointed out that currently, there is a tendency to focus on curing diseases, rather than on preventing them. In their view, clinical treatment has been the most common strategy and there has been only a limited political will to expend resources on health promotion and disease prevention, because outcomes from preventive work are generally visible only over the longer term, and are therefore less attractive politically.

We certainly do not have what could be called a preventative dose of prevention programming in Canada, and there is unfortunately a history dealing with things on a one-off basis.

*Dr. Christina Mills, Director General,
CCDPC, Health Canada (6:9)*

Witnesses stressed that with appropriate disease prevention and health promotion strategies, many chronic and infectious diseases, and most injuries, can be prevented. According to Dr. Mills, investing in promotion and prevention is the only way to reverse disease trends and reduce the burden of illness:

Our only chance to slow or reverse the rate of increase [in the economic burden of disease] is to invest in effective upstream prevention. It is quite well recognized now that failure to prepare for an increased burden due to the aging population is a threat to the sustainability of our health care system, but it is not widely recognized that our failure to invest upstream is an equally great, and perhaps even greater, threat to sustainability.⁹⁵

Dr. MacLean echoed this recommendation, noting, "We have not marketed [the Canada Food Guide] at all. We have not spent what Kellogg's spends in a week, on that guide over the past 10 years. These things will not diffuse by osmosis to people. If you want to change habits, particularly in people after they develop them, there is an effort required."

*Dr. David MacLean, Dalhousie University
(6:24)*

Witnesses stressed that it is necessary to encourage people to make smart choices with regard to their own health. They suggested that, to date, strategies that attempted to prescribe "good behaviour" have not been entirely successful, and noted that part of the challenge lies in creating an environment that allows people themselves to make the right choices.

⁹⁵ Dr. Christina Mills (6:7).

Prevention and promotion efforts have to be tailored and flexible. There is no “one size fits all” strategy. For example, sexually transmitted disease trends change as sexual practices change and therefore will always require new prevention and promotion strategies. In this regard it is important to ensure that the marketing of health information be current. Witnesses pointed to the Canada Food Guide as an example of a good initiative, but one that has not been marketed effectively or updated and adapted over time.

Strategies must also recognize the link between healthy communities and healthy citizens. For example, people may be less inclined to bike or jog if the streets are unsafe. Successful community-based programs combine an understanding of the community, with the participation of the public, and the cooperation of community organizations. Approaches that address several risk factors and that can produce multiple benefits include support for families at risk, comprehensive school health promotion programs, and comprehensive work health and safety programs.

We must create healthier communities in Canada because many of the barriers that prevent us from being healthy are in our communities and at the community level.

*Dr. David MacLean,
Dalhousie University (6:15)*

Furthermore, because disease and injury are not uniformly distributed across populations, strategies must also look at the linkages between health status and demographic and environmental factors, such as age, race, region of residence, and gender. Strategies must therefore address disease and injury trends among specific demographic groups, such as youth and Aboriginal peoples. For example, suicides and motor vehicle accidents predominantly affect young men and Aboriginal youth. Adults over age 65 are most affected by falls, and accidents are the leading cause of death in children. Strategies must be tailored to the situations of each affected group, and need to be targeted to the groups that will derive the most benefit from prevention.

Many witnesses pointed to the need for intergovernmental cooperation, in order to implement prevention and promotion programs. They noted that all three levels of government should be involved, given the complexity and multiple dimensions of health issues. Dr. MacLean recommended that:

(...) the federal government use its time-honoured way of influencing provinces, which is the 50-cent dollars. The federal government could start by making a policy priority of trying to increase the infrastructure for prevention because they have to work with the provinces on these issues.

...

We have never had a cost-shared process for public health.⁹⁶

⁹⁶ Dr. David MacLean, Dalhousie University (6:25).

One difficulty that arises with regard to the elaboration of strategies for health promotion and disease prevention is that many diseases usually have several risk factors associated with them. Comprehensive prevention and promotion strategies must therefore address the linkages between risk factors, as well as between health status and socio-economic, demographic, and environmental factors. Approaches that address several risk factors and which can produce multiple benefits include support for families at risk, comprehensive school health promotion programs, and comprehensive work health and safety programs. Approaches like these can be part of a broader population health strategy.

4.4 Population Health Strategy

Witnesses explained that several key issues with regard to population health strategies largely revolve around the difficulties associated with how to translate research evidence into actual policy that can be implemented. In their view, there can be little doubt that population health strategies would result in improved health outcomes, but there remain significant practical obstacles to moving beyond the expression of pious good wishes to the design of concrete programs that are sustainable over the long haul.

In the first place, the multiplicity of factors that influence health outcomes means that it is exceedingly difficult to associate cause and effect, especially because the effects are often only felt many years after exposure to the cause. The Committee was told that this time lag also means that the timeframe for judging the impact of policy in this area is a long term one. Because political horizons are often of a shorter-term nature, this can constitute a serious disincentive for the elaboration and implementation of population health strategies.

Furthermore, as noted earlier, a massive infrastructure that is already in place to deal with the treatment of illness, and this creates many entrenched interests within the system. Witnesses explained that it is not necessarily that people who treat illness have anything against promoting health — the contrary is no doubt the norm. Rather, it is simply that massive resources must be deployed simply to sustain the existing health care infrastructure, making it difficult to find sufficient time, energy and capital to devote to the preventive, or wellness, side of the system.

Moreover, the Committee heard that because of the diversity of the factors that influence health outcomes, it is very difficult to coordinate government activity in the area of population health. Given that the health care system itself is only responsible for a relatively small percentage of the actual determinants of health, the responsibility for population health cannot reside exclusively with the various ministries of health. Yet the structure of most individual governments does not easily lend itself to inter-ministerial regulation of complex problems, and this difficulty is compounded several times over when the various levels of government, along with the many non-governmental players, are taken into account, as they must be.

It is important to recognize that the social determinants of health are tied and people who suffer the most from [the] diseases are people who fall into lower socio-economic categories. It is also important to link our economic and social policies to health if we want to make a dent in these issues.

*Dr. David MacLean, Dalhousie University
(6:15)*

For example, the evidence concerning the existence of gradients of health that correlate with socio-economic levels is quite conclusive. The implication of this fact is that the promotion of population health requires a strong focus on the reduction of poverty. But there are clearly a great number of government policies that have an impact on the levels of poverty in the country and it would be impossible to ask a ministry of health to take charge of all the policy tools that are involved, if for no other reason than this would be rightly seen as a form of 'health imperialism' by other ministries. It is also somewhat perverse, as one witness pointed out, to argue for the reduction of poverty exclusively on the health terrain. Any such initiative would have to come about as a result of the overall social policy orientation of government, something that is considerably broader than health policy alone.

Overall, the evidence suggests that population health strategies in general should be carefully thought through so that they take into account the realities facing specific communities. This implies that rigidly-designed programs applied in a uniform and highly centralized fashion are unlikely to succeed. Some combination of coordination and decentralized implementation therefore would seem to be required.

Although there are many difficulties associated with the development of an effective population health approach, the witnesses contended that it is important for the federal government to continue to try to set an example by exploring innovative ways to turn good theory into sound practice that will contribute to improving health outcomes in Canada.

4.5 Research

Many witnesses told the Committee that greater research is needed, particularly in certain areas. Often, money is spent without sufficient epidemiological research to guide where it is invested. For example, billions of dollars have been spent on breast cancer screening programs, but there has been minimal research on the physiology and biology of the disease, or on the intersection of risk factors that contribute to its development.

Dr. MacLean also told the Committee that more research on prevention strategies is needed. He pointed to the budgetary increases for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), but wondered whether or not those new resources would be directed at health promotion and disease prevention research. Dr. Mills noted that CIHR's expanded mandate offers an "opportunity to support additional research required to determine what is most effective to create lasting behaviour change."⁹⁷

In terms of chronic disease research, witnesses told the Committee that the problem, essentially, is not a lack of data or research, but a lack of knowledge on how to use that information in the implementation of preventive strategies. In this respect, research is needed to determine how best to share health information with people and, in particular, how best to target that information to those in lower socio-economic groups or those with poor literacy skills.

In terms of infectious disease research, Dr. Gully noted that although resources are being directed to research initiatives, such as the CIHR and the Health Canada laboratory in

⁹⁷ Christina Mills (6:9).

Winnipeg, "it is always difficult to make a bid for contingency funds for new [infectious disease] threats."⁹⁸ He pointed to the difficulty of balancing resources for immediate threats with those for other, less immediate, issues.

With respect to mental illness, witnesses stressed the need to invest more in applied research. In their view, research into mental illness and mental health is vastly underfunded in relation to the economic burden of mental disease and disorder. It was suggested that the federal government should take the lead in promoting a comprehensive research agenda on the mental health issue.

Witnesses indicated that we need to spend more on the infrastructure for disseminating the evidence generated by health research. According to Dr. Gully, federal funding in this area would allow data to be collected from, and shared among, all of the provinces and territories. He pointed to the Internet as a tool for such an undertaking. This idea was echoed by Dr. MacLean, who told the Committee about the Health Promotion web site developed in Nova Scotia, which provides health-related information to users.

4.6 Committee Commentary

Although the witnesses addressed a wide range of issues, the primary emphasis was on the need to increase disease prevention and health promotion programs. Witnesses noted that the federal government could play an important role in preventing disease and promoting healthy lifestyles. Moreover, they suggested that appropriate, comprehensive, and targeted disease prevention and health promotion programs would have a significant effect on both the health of Canadians and Canada's health care system. Such programs would improve quality of life, increase productivity, decrease unintentional disability and premature death, and reduce the economic burden of disease.

Canada is one of the healthiest countries in the world, with high life expectancy, low infant mortality rates, and a good quality of life. These successes, however, should not conceal the challenges that persist. Chronic diseases - such as cancer, heart disease, and respiratory problems - are the leading cause of death in Canada. Diseases that had, at one time, virtually disappeared, such as tuberculosis, are re-emerging, and increased international mobility has accelerated the spread of other diseases. Moreover, in 1997, accidents killed more than 13,000 Canadians. Finally, the prevalence of disease varies among different demographic groups and populations, striking, in particular, Aboriginal peoples, and the poor.

A diversity of factors influences health outcomes. Population health strategies are broadly based policies that take all these determinants of health into account with the aim of improving the health of an entire population. The main objective of population health is to ward off potential health problems before they require treatment within the health care system. These strategies can greatly contain the demand for health services and reduce the economic burden of disease.

The Committee concurs with witnesses that the federal government has a definite role in health promotion and disease prevention. Similarly, the federal government has

⁹⁸ Paul Gully (6:26).

been recognized as a leader worldwide in developing the concept of population health. In our view, the federal government should, once again, show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians. This is a feasible task, given its current role in many areas that affect health, such as the environment, economic policy, workplace safety, etc.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Rapport intérimaire sur
l'état du système de soins de santé au Canada

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume deux – Tendances actuelles et défis futurs

Président
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente
L'honorable Marjory LeBreton

JANVIER 2002

TABLE DES MATIÈRES

<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	i
<u>ORDRE DE RENVOI</u>	v
<u>SÉNATEURS</u>	vi
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPITRE UN</u>	5
<u>L'INCIDENCE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ</u> ...	5
1.1 <u>Vieillessement de la population</u>	5
1.2 <u>Incidence du vieillissement de la population</u>	6
1.3 <u>Soins aux aînés canadiens</u>	12
1.3.1 <u>Prestation d'une gamme complète de soins</u>	12
1.3.2 <u>Réforme des soins primaires</u>	13
1.3.3 <u>Promotion du bien-être et prévention de la maladie</u>	14
1.3.4 <u>Nouveaux modes de financement</u>	15
1.3.5 <u>Politique gouvernementale : perspective à long terme</u>	16
1.3.6 <u>Une approche unique pour les soins de longue durée en établissement</u>	16
1.4 <u>Commentaires du Comité</u>	16
<u>CHAPITRE DEUX</u>	19
<u>DÉPENSES AU TITRE DES MÉDICAMENTS AU CANADA</u>	19
2.1 <u>Tendances dans les dépenses au titre des médicaments</u>	19
2.2 <u>Générateurs de coûts</u>	22
2.2.1 <u>Tendances de l'usage des médicaments</u>	22
2.2.2 <u>Tendances du prix des médicaments</u>	24
2.2.3 <u>Genres de médicaments prescrits - Tendances</u>	26
2.2.4 <u>Analyse des générateurs de coûts</u>	26
2.4 <u>Qui paie les médicaments au Canada?</u>	31
2.5 <u>Certains Canadiens sont-ils mieux protégés que d'autres pour ce qui est des frais de médicaments?</u> 33	
2.6 <u>Commentaires du Comité</u>	37
<u>CHAPITRE TROIS</u>	39
<u>TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ</u>	39
3.1 <u>Disponibilité de la technologie de la santé</u>	40
3.2 <u>Évaluation de la technologie de la santé</u>	44
3.3 <u>Incidence sur le coût des soins de santé</u>	45
3.4 <u>Commentaires du Comité</u>	46

CHAPITRE QUATRE	47
<u>TENDANCES DE LA MALADIE</u>	47
4.1 Tendances des maladies	47
4.1.1 Maladies infectieuses	48
4.1.2 Maladies chroniques	49
4.1.3 Blessures	50
4.1.4 Maladie mentale	51
4.1.5 Le fardeau économique de la maladie	51
4.2 Déterminants d'un bon ou mauvais état de santé	51
4.3 Nécessité de promouvoir la santé et de prévenir la maladie	52
4.4 Stratégie relative à la santé de la population	54
4.5 Recherche	56
4.6 Commentaires du Comité	57
CHAPITRE CINQ	59
<u>LA SANTÉ DES CANADIENS AUTOCHTONES</u>	59
5.1 Profil démographique de la population autochtone du Canada	59
5.2 Profil socio-économique et environnement physique	61
5.3 Profil de la santé de la population autochtone	63
5.4 Programmes fédéraux concernant la santé des Autochtones	65
5.5 Politique fédérale en matière de santé des Autochtones	68
5.6 Entraves à la santé et au bien-être des Autochtones	72
5.7 Commentaires du Comité	76
CHAPITRE SIX	79
<u>RESSOURCES HUMAINES</u>	79
6.1 Médecins	80
6.1.1 Effectif des médecins	80
6.1.2 Mauvaise répartition géographique	81
6.1.3 Formation et recrutement des médecins	82
6.1.4 L'« exode des cerveaux »	84
6.2 Soins infirmiers	86
6.2.1 Effectif infirmier	87
6.2.2 Conditions de travail	88
6.2.3 Formation et recrutement dans le domaine des soins infirmiers	90
6.3 Autres soignants	91
6.4 Réforme des soins primaires	92
6.5 Commentaires du Comité	95
CHAPITRE SEPT	97
<u>RECHERCHE EN SANTÉ</u>	97
7.1 Rôle du gouvernement fédéral dans la recherche en santé	97
7.2 Génétique et génomique	102
7.3 Retombées et défis de la recherche en santé	105
7.4 Commentaires du Comité	107

CHAPITRE HUIT 109

INFORMATIOSN SUR LA SANTÉ : UNE INFOSTRUCTURE CANADIENNE DE LA SANTÉ..... 109

8.1	<u>Notions et définitions</u>	110
8.2	<u>Initiatives provinciales et fédérales en matière d'infostructure nationale de la santé.....</u>	112
8.3	<u>Coûts et avantages</u>	118
8.4	<u>Obstacles à surmonter</u>	121
8.5	<u>Commentaires du Comité.....</u>	123

CHAPITRE NEUF 125

SOINS À DOMICILE..... 125

9.1	<u>Qu'est-ce que les soins à domicile?</u>	125
9.2	<u>Demande actuelle de soins à domicile.....</u>	127
9.2.1	<u>Diminution des lits d'hôpitaux.....</u>	127
9.2.2	<u>Forte croissance de la population de plus de 65 ans</u>	127
9.2.3	<u>Pression sur les soignants naturels.....</u>	128
9.2.4	<u>Progrès technologiques.....</u>	128
9.3	<u>Dépenses publiques et privées.....</u>	128
9.4	<u>Mesures à envisager</u>	131
9.4.1	<u>Normes nationales.....</u>	133
9.4.2	<u>Ressources humaines.....</u>	134
9.4.3	<u>Organisation et financement.....</u>	136
9.4.4	<u>Soignants naturels.....</u>	138
9.4.5	<u>Information et recherche.....</u>	139
9.4.6	<u>Médicaments sur ordonnance</u>	141
9.4.7	<u>Télésanté.....</u>	141
9.5	<u>Commentaires du Comité.....</u>	142

CHAPITRE DIX 144

LA SANTÉ EN MILIEU RURAL..... 144

10.1	<u>Indicateurs de l'état de santé</u>	144
10.2	<u>Accès aux soins dans les régions rurales et éloignées</u>	146
10.3	<u>Télémédecine.....</u>	150
10.4	<u>Recherche sur la santé en milieu rural.....</u>	150
10.5	<u>Rôle du gouvernement fédéral.....</u>	151
10.6	<u>Commentaires du Comité.....</u>	151

CHAPITRE ONZE..... 153

MYTHES ET RÉALITÉS..... 153

11.1	<u>Mythes au sujet du vieillissement</u>	153
11.2	<u>Mythes au sujet du coût des médicaments.....</u>	153
11.3	<u>Mythes au sujet de la technologie médicale</u>	154
11.4	<u>Mythe au sujet de la santé des Autochtones.....</u>	155
11.5	<u>Mythes au sujet de l'effectif sanitaire</u>	156
11.6	<u>Mythes au sujet des systèmes d'information sanitaire.....</u>	156
11.7	<u>Mythes au sujet des soins à domicile</u>	157
11.8	<u>Mythes au sujet de la santé de la population rurale</u>	157

<u>CONCLUSION</u>	159
<u>ANNEXE</u>	161
<u>LISTE DES TÉMOINS (MARS À JUIN 2001)</u>	161

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1^{er} mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé du Canada;
- b) l'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur l'état du système de soins de santé :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité

L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Joan Cook

Jane Cordy

Joyce Fairbairn, C.P.

Alasdair B. Graham, C.P.

Wilbert Keon

Yves Morin

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

Membres d'office du Comité :

Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude :

Les honorables sénateurs Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal, C.P., Milne, Losier-Cool, Rompkey et Tunney.

*Retraités

INTRODUCTION

En décembre 1999, au cours de la deuxième session de la 36^e législature, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier l'état du système de soins de santé au Canada et d'examiner comment évolue le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé le mandat du Comité à la première session de la 37^e législature. Le mandat adopté aux fins de l'étude se lit comme suit :

Que le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) Les principaux fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;
- b) L'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) Les systèmes de soins de santé publique dans d'autres pays;
- d) Le système de soins de santé au Canada – pressions et contraintes;
- e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada¹.

Muni de ce mandat vaste et complexe, le Comité a relancé en mars 2001 son étude pluriannuelle et polyvalente en cinq phases. Le tableau 1 présente les phases et les échéanciers.

TABLEAU 1
ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ :
PHASES ET ÉCHÉANCIER

PHASES	CONTENU	ÉCHÉANCIER (RAPPORTS)
Un	Contexte historique et aperçu	Mars 2001
Deux	Tendances : Leurs causes et leurs effets sur les coûts des soins de santé	Hiver 2001
Trois	Modèles et pratiques dans d'autres pays	Hiver 2001
Quatre	Élaboration d'un document consacré aux questions et aux options	Septembre 2001
Cinq	Audiences portant sur les questions et les options, et élaboration du rapport final et des recommandations	Automne 2001- hiver 2002

¹ Débats du Sénat (hansard), 2^e session, 36^e législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.

Le rapport de la phase un est paru en mars 2001. Ce premier rapport explique dans un contexte historique la façon dont le gouvernement fédéral a aidé les provinces et les territoires à financer les soins hospitaliers et médicaux. Il porte en particulier sur les objectifs initiaux de la participation fédérale aux soins de santé et soulève des questions sur le rôle futur du gouvernement fédéral dans le contexte changeant des soins de santé (recours accru à la pharmacothérapie, services hospitaliers ambulatoires, soins à domicile, soins communautaires, etc.). Ce premier rapport trace également l'évolution des dépenses en soins de santé et des indicateurs sanitaires depuis de nombreuses années. Enfin, il examine plusieurs mythes encore répandus sur la prestation et le financement des soins au Canada et donne l'heure juste à cet égard. L'objectif du premier rapport était de donner des faits et de corriger les idées fausses qui reviennent constamment dans le débat actuel sur les soins de santé au Canada.

L'objet du présent rapport est de présenter les témoignages entendus au cours de la seconde phase de l'étude du Comité. La phase deux avait pour objectif d'examiner les facteurs qui influent sur l'abordabilité et la viabilité du régime d'assurance-santé, notamment :

- Le vieillissement de la population et l'accroissement de la demande qui touchera le système si les anciennes tendances d'utilisation se maintiennent;
- La population autochtone croissante et ses besoins sanitaires particuliers;
- Les progrès de la technologie médicale, notamment dans le domaine des médicaments, qui influent sur l'organisation, la prestation et le coût des soins;
- L'apparition de nouvelles maladies et la résurgence de maladies « anciennes » qui peuvent nécessiter une thérapie et un traitement coûteux;
- Les préoccupations croissantes concernant la charge de travail, le stress et le vieillissement des soignants;
- Les questions particulières qui concernent les soins de santé dans les régions rurales et éloignées;
- La nécessité de disposer de données sanitaires suffisantes et comparables permettant de prendre des décisions sur l'allocation des ressources et la prestation des soins;
- Le rôle des actions préventives dans la promotion d'une vie saine et l'amélioration de l'état de santé de la population.

Pour atteindre les objectifs de la phase deux, le Comité a entendu des témoins très divers, dont des fonctionnaires de Santé Canada, du ministère des Affaires indiennes et du Nord, des Instituts canadiens de recherche en santé et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, des fonctionnaires provinciaux de la santé, des organismes de soins de santé, des représentants autochtones et des économistes du domaine sanitaire (la liste des témoins figure à l'annexe A). Nous leur sommes très reconnaissants de leur précieuse contribution.

Le rapport compte 11 chapitres. Le chapitre un traite des tendances et des prévisions démographiques et examine les divers effets du vieillissement de la population sur le système de soins de santé. Le chapitre deux examine les tendances passées et actuelles en matière de coûts des médicaments et nous renseigne sur le problème des prescriptions et de l'utilisation inappropriée des

médicaments. Le chapitre trois résume les problèmes de la disponibilité, de la rentabilité et de la pertinence des techniques médicales nouvelles et anciennes. Le chapitre quatre aborde les tendances relatives aux maladies et aux blessures et traite de leur impact éventuel sur le système public de soins de santé. Le chapitre cinq examine les besoins en matière de santé et de soins des Autochtones. Le chapitre six traite des questions relatives à l'offre, à la rétention et à la gestion du personnel sanitaire. Le chapitre sept aborde le financement de la recherche en santé au Canada et son avenir dans le contexte de ses conséquences sur la santé et les soins. Le chapitre huit nous renseigne sur l'état actuel du développement de l'Infostructure canadienne en santé. Le chapitre neuf examine les soins à domicile au Canada. Le chapitre dix traite des besoins de soins dans les régions rurales. Le chapitre onze aborde les mythes et les réalités et tente de corriger de nombreuses perceptions erronées, afin que le débat sur les soins de santé soit informé et factuel.

CHAPITRE UN

L'INCIDENCE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

1.1 Vieillessement de la population

Le vieillissement se caractérise par l'augmentation de l'âge moyen et par la part accrue des personnes âgées dans la population. Le vieillissement de la population dans un pays donné est déterminé d'abord par le taux de fécondité (naissances) et ensuite par le taux de mortalité (décès). Il peut aussi être influencé par le taux d'immigration. Au XX^e siècle, le progrès (hygiène publique, découvertes médicales comme les vaccins, progrès techniques) a augmenté l'espérance de vie, tandis que le taux de fécondité a sensiblement baissé. Résultat net : une espérance de vie accrue et une population vieillissante.

La population du Canada vieillit. De 1881 à 1981, la part de personnes âgées de 65 ans et plus a plus que doublé, passant de 4,1 % à 9,7 %². Depuis, cette part a augmenté constamment pour atteindre 12,5 % de la population en 2000³.

On prévoit que le vieillissement de la population s'intensifiera dans l'avenir, avec celui de la génération du « baby-boom ». Il s'agit des Canadiens nés entre 1946 et 1965, période de forte natalité. Selon les projections récentes de Statistique Canada, le pourcentage d'ainés (65 ans et plus) atteindra 14,6 % de la population en 2010 et continuera d'augmenter plus rapidement, car de plus en plus de baby-boomers atteindront l'âge de la retraite. On prévoit qu'en 2031, ils représenteront 23,6 % de la population⁴. Le taux de croissance baissera ensuite lentement et les aînés devraient constituer environ 25 % de la population en 2051.

Je considère le vieillissement de la population comme une des grandes réussites de nos systèmes de soins de santé et de services sociaux.

Dr Michael Gordon, Conseil consultatif national sur le troisième âge (2:36).

Le Comité a appris que la limite d'âge de 65 ans pour désigner les « aînés » est fondée sur des raisons historiques et non scientifiques. Comme l'affirme Abby Hoffman, directrice générale de la Direction des soins de santé à la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada, « nous l'utilisons parce que c'est l'âge légal de la retraite, mais elle ne sert à rien d'autre »⁵. Il convient de noter que la catégorie des 65 ans et plus n'est pas du tout homogène. Les nombreuses différences entre les aînés dépendent de facteurs tels que le sexe, le statut socio-économique, le lieu de résidence ou le milieu ethnique.

² David Cheal, « Aging and Demographic Change », *Analyse de politiques*, vol. XXVI, supplément 2, août 2000, p. S110. Dans le présent rapport, les renvois aux témoignages consignés dans les *Procès-verbaux et les témoignages du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* sont indiqués seulement par le numéro de la publication et le numéro de page dans le texte.

³ Statistique Canada, CANSIM, matrice 6367.

⁴ Réjean Lachapelle et Jean-Marie Berthelot, mémoire présenté au Comité, le 21 mars 2001, p. 2.

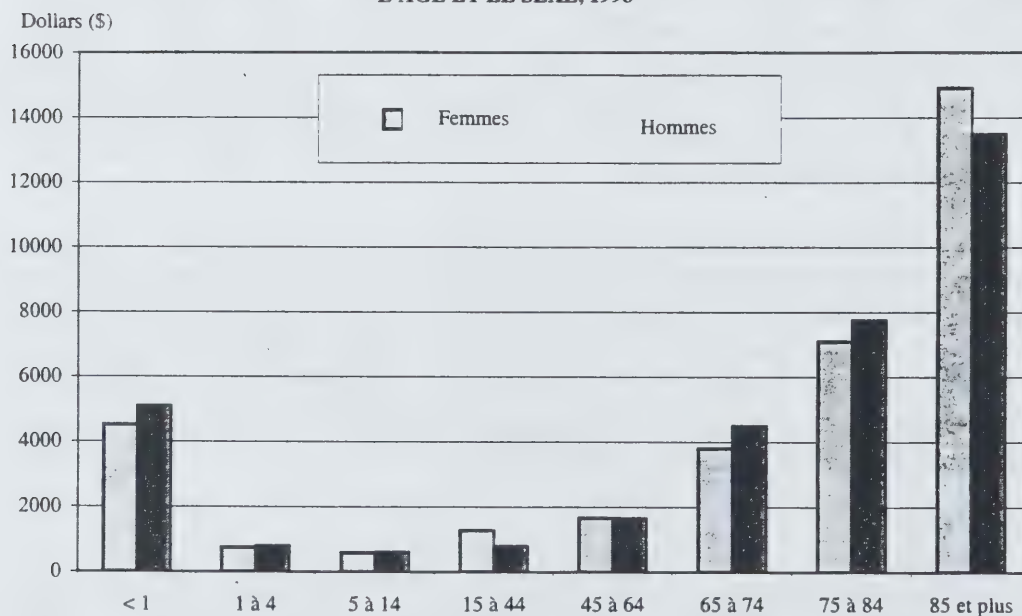
⁵ Abby Hoffman (7:19).

Cette catégorie couvre mal les différentes réalités de l'état de santé des aînés à mesure qu'ils vieillissent. De nombreux démographes réclament une distinction entre les aînés plus jeunes et plus âgés, signalant, par exemple, que la fréquence de placement en établissement ne se développe que vers l'âge de 75 ans. Mais par contre, selon le professeur Byron Spencer de l'université McMaster, « de façon générale, les aînés plus âgés utilisent passablement moins les services d'un médecin par habitant – les services spécialisés en particulier – que les aînés plus jeunes⁶. Dans le groupe des aînés, le pourcentage des personnes âgées de 85 ans et plus a augmenté au fil des années. Selon Statistique Canada, cette augmentation se poursuivra, mais pas indéfiniment, car elle dépend du vieillissement des baby-boomers. Les 85 ans et plus devraient représenter 21 % de l'ensemble des aînés lorsque tous les baby-boomers auront atteint l'âge de la retraite, en 2051.

1.2 Incidence du vieillissement de la population

Comme on le voit au graphique 1.1, le coût des soins varie en fonction de l'âge. Il est relativement élevé pendant les premières années, diminue nettement à l'adolescence et au début de l'âge adulte, monte graduellement au milieu de la vie et augmente rapidement à la vieillesse. En moyenne, les dépenses publiques en soins de santé par habitant sont presque cinq fois plus élevées pour les 65 ans et plus que pour le reste de la population. Les dépenses augmentent de façon exponentielle chez les aînés : elles doublent entre 45-64 ans et 65-74 ans, doublent encore entre 65-74 ans et 75-84 ans et doublent une fois de plus entre 75-84 ans et 85 ans et plus.

GRAPHIQUE 1.1 DÉPENSES PROVINCIALES DE SANTÉ PAR HABITANT, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1998



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

⁶ Byron G. Spencer, mémoire présenté au Comité, le 22 mars 2001, p. 7.

Étant donné cette tendance, l'augmentation du nombre absolu et relatif des aînés dans la population remet en cause la viabilité du système de soins de santé canadien. Cependant, les spécialistes canadiens sont loin de s'entendre quant à l'incidence du vieillissement de la population sur l'ensemble des coûts du système. Un examen de la documentation laisse entrevoir au moins quatre scénarios plausibles :⁷

- a) Selon le scénario des **coûts astronomiques**, les gens vivent plus longtemps, mais tombent malades ou deviennent invalides au même âge qu'auparavant. En conséquence, les frais de soins de santé continuent d'augmenter au même rythme que depuis 20 ans. Ces deux tendances (vieillissement de la population et coûts accrus) ont pour effet de doubler la part du PIB consacrée aux soins de santé. La « crise » est aggravée du fait qu'un faible pourcentage de la population travaille et contribue au trésor public.
- b) Le scénario de la **morbidité comprimée** suppose que les gens vivent plus longtemps sans invalidité ou maladie, ce qui veut dire que dans l'ensemble, le coût des soins n'augmentera pas aussi rapidement que dans les scénarios plus pessimistes.
- c) Le scénario des **coûts maîtrisables** : l'invalidité et la maladie sont retardés autant que la mort elle-même, tandis que l'augmentation des coûts de santé est compensée par les réductions budgétaires effectuées ailleurs.
- d) Le scénario du **système réformé** : des modifications importantes à la prestation des soins engendrent des gains d'efficacité permettant au système de faire face à la pression accrue d'une population vieillissante.

Les témoignages présentés au Comité illustrent ces différents scénarios. À titre d'exemple, le Conference Board du Canada soutient que les soins de santé constitueront une part de plus en plus grande des dépenses de l'État au cours des prochaines années, en raison du vieillissement de la population : d'ici 2020, en Colombie-Britannique et en Ontario, les dépenses liées à la santé représenteront 50 % des dépenses totales de la province (contre 38 % et 36 % en 2000)⁸. De même, William Robson, vice-président et directeur de la recherche à l'Institut C.D. Howe, estime que si les provinces et les territoires continuent de taxer au même taux de leur PIB, les dépenses sanitaires à Terre-Neuve, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest pourraient absorber entièrement leurs revenus propres d'ici 2040⁹.

Le D^r Michael Gordon, du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), affirme qu'en tentant d'évaluer l'incidence du vieillissement de la population sur les dépenses en santé, nous devons nous garder de conjecturer sur l'état de santé futur des aînés. Par ailleurs, il ne faut pas présumer que l'efficacité du système de santé n'évoluera pas. Pour illustrer ce point, il déclare dans son exposé au Comité : « Si on devait extrapoler la durée des séjours à l'hôpital

⁷ Ces quatre scénarios sont bien résumés dans le document de l'Association médicale canadienne intitulé *In Search of Sustainability: Prospects for Canada's Health Care System*, août 2000.

⁸ Le Conference Board du Canada, mémoire présenté au Comité, le 21 mars 2001, p. 5.

⁹ William Robson, *Will the Boomers Bust the Budget?*, mémoire présenté au Comité, le 21 mars 2001.

pour les aînés en 1999 à partir des données de 1971, le résultat serait de 50 % supérieur aux chiffres réels »¹⁰.

De son côté, le professeur Byron Spencer signale que la population vieillit lentement; par conséquent, il est encore temps de réagir par des politiques pertinentes. Il souligne également que le rapport entre la population totale et la population active est faible présentement, selon les normes empiriques, et qu'il ne changera pas beaucoup d'ici 15 à 20 ans¹¹. Ce rapport, appelé « ratio de la dépendance » sert d'indicateur brut pour évaluer la capacité de la population à se soutenir elle-même. Il sert habituellement à comparer le nombre de personnes en âge de travailler (20 à 64 ans) au nombre de celles qui ne sont pas encore sur le marché du travail (0 à 19 ans) ou qui ont cessé de travailler (65 ans et plus). Au Canada, ce ratio de dépendance a culminé au milieu des années 60, en raison de la grande proportion de jeunes dépendants (la génération du baby-boom). Depuis ce temps, le ratio a baissé considérablement.

Selon certains analystes, la baisse du ratio de dépendance est trompeuse, car la population dépendante d'aujourd'hui est davantage le fait des aînés qui nécessitent beaucoup plus de soins que les jeunes dépendants¹². C'est pourquoi William Robson affirme au Comité :

*Les orientations générales sont claires. Au cours des prochaines décennies, la population âgée, qui a davantage recours aux services de santé, augmentera rapidement. La population au travail plus jeune, qui fait partie de la population active et génère des revenus d'impôt pour le gouvernement, augmentera relativement lentement ou même diminuera*¹³.

Le professeur Spencer a affirmé que l'augmentation des dépenses de santé dues au vieillissement pourrait bien être compensées par la diminution des dépenses publiques dans d'autres secteurs, résultant elle aussi du vieillissement de la population. Il affirme ce qui suit :

*Il est important de noter que, si l'on se préoccupe de l'incidence générale du vieillissement de la population, il est peu logique de se concentrer sur un secteur dans lequel les coûts augmenteront et de dire qu'il y a une crise, sans s'arrêter également sur d'autres secteurs dans lesquels les coûts demeureront stables ou diminueront probablement. À titre d'exemple, les détenus des pénitenciers sont jeunes pour la plupart. Dans ce secteur, les économies seraient perceptibles. Les personnes âgées ne reçoivent pas de prestations d'assurance-emploi et, pourtant, celles-ci constituent un élément très important des dépenses gouvernementales et ainsi de suite*¹⁴.

Le professeur Spencer conclut ainsi :

¹⁰ Dr Michael Gordon, CCNTA, mémoire présenté au Comité, le 21 mars 2001, p. 5. En effet, plusieurs facteurs influent sur la durée moyenne des séjours à l'hôpital, notamment les progrès des techniques chirurgicales et autres, la gamme plus vaste des médicaments disponibles et leur efficacité ainsi que les méthodes de convalescence plus perfectionnées.

¹¹ Byron Spencer, mémoire présenté au Comité, p. 1.

¹² Voir, par exemple, le chapitre 6 du Rapport de 1998 du Bureau du vérificateur général du Canada : *Le vieillissement de la population et l'information destinée au Parlement : Pour comprendre les choix*.

¹³ William Robson (3:5).

¹⁴ Byron Spencer (3:30).

Si nous consolidons l'ensemble des différentes catégories de dépenses, non seulement celles des secteurs présentant un potentiel de crise liée à l'âge, il s'ensuit, dans une série de progressions, que les dépenses gouvernementales attribuables à l'évolution démographique et au vieillissement de la population augmentent au même rythme que les frais pour l'ensemble de la population. Les dépenses gouvernementales s'accroîtront d'environ la moitié au cours de la période de projection, tandis que la population augmentera de 50 % pendant la même période¹⁵.

D'après le professeur Spencer, notre défi consiste à bien répartir les ressources de l'État plutôt qu'à corriger un manque absolu de ressources.

L'évaluation du vieillissement sur les coûts de santé exige également de connaître les meilleurs moyens pour satisfaire aux besoins de soins et de services de cette population. Jean-Marie Berthelot, du Groupe d'analyse et de modélisation de la santé de Statistique Canada, signale au Comité que l'état de santé des 45-64 ans est meilleur aujourd'hui qu'il y a 20 ans¹⁶. De plus, cette cohorte est plus scolarisée, fume moins et compte plus de personnes rémunérées (surtout parce que les femmes sont plus présentes sur le marché du travail) que les générations précédentes¹⁷.

De nouveaux indicateurs ont été établis pour évaluer l'état de santé au cours de la vie, dont *l'espérance de vie sans dépendance* (EVSA) et *l'espérance de vie avec pondération de la santé* (EVAES). On a déterminé différents niveaux de dépendance (résumés au tableau 1.1) exigeant différents types d'aide et entraînant des frais plus ou moins élevés pour le système de soins de santé. Si la plupart des futurs aînés demeurent relativement en santé au cours des années qu'il leur reste à vivre (hypothèse de morbidité comprimée), l'incidence du vieillissement sera considérablement plus faible que si l'espérance de vie accrue est associée à une période de maladie proportionnellement plus longue (hypothèse de morbidité accrue). À cet égard, M. Berthelot explique :

De 1986 à 1996, l'espérance de vie autonome à l'âge de 65 ans a augmenté considérablement, passant de 12,0 à 12,7 ans pour les hommes et de 12,7 à 13,5 pour les femmes. Par contre, il y a eu peu de changement dans l'espérance de vie rajustée selon l'état de santé. Donc, la proportion de vies autonomes a augmenté¹⁸.

M. Berthelot souligne également l'absence de corrélation évidente entre les dépenses de santé dans différents pays et la composition démographique de leur population. Dans leur mémoire, les représentants de Statistique Canada font remarquer que les États-Unis dépensent près de 14 % de leur PIB au titre de la santé, mais que les aînés représentent moins de 13 % de la population, tandis que la Suède consacre moins de 9 % de son PIB à la santé, alors que les aînés constituent 17 % de la population et que l'espérance de vie des Suédois de 65 ans dépasse celle des Américains¹⁹.

¹⁵ Byron Spencer (3:16).

¹⁶ Jean-Marie Berthelot (2:11).

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Jean-Marie Berthelot (2:10).

¹⁹ Lachapelle et Berthelot, mémoire présenté au Comité, p. 4.

TABLEAU 1.1
NOUVEAUX INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Niveau	État de santé	Définition
1	Sans dépendance	Aucune dépendance ou besoin d'aide seulement pour les gros travaux domestiques
2	Dépendance moyenne	Besoin d'aide pour la préparation des repas, pour faire le marché, pour d'autres nécessités ou pour le travail domestique quotidien
3	Dépendant grave	Besoin d'aide pour les soins personnels ou pour se déplacer dans la maison
4	En établissement	Vie en établissement de soins de santé

Source : Martel, Laurent et Alain Bélanger. « Une analyse de l'évolution de l'espérance de vie sans dépendance au Canada entre 1986 et 1996 », in A. Bélanger (dir.). *Rapport sur l'état de la population au Canada* (Ottawa : Statistique Canada, 1999), p. 171.

Une autre question importante consiste à déterminer si l'augmentation des frais de santé découlant du vieillissement de la population est attribuable au vieillissement en soi ou aux coûts de fin de vie. Comme le dit au Comité Rob Brown, du Groupe de travail sur le financement de la santé de l'Institut canadien des actuaires :

Les coûts des soins de santé augmentent de 50 % à 70 % au cours de la dernière année qui précède la mort. En effet, selon certaines estimations, la moitié des dépenses de soins de santé pour une vie entière sont effectuées juste avant la mort²⁰.

C'est également la situation générale décrite par Abby Hoffman, qui fait remarquer que « Les extrêmes quant aux dépenses relatives pour les aînés et les jeunes sont davantage attribuables à la proximité de la mort qu'au simple fait de vieillir »²¹.

Cette affirmation peut aider à détecter plus précisément les causes de la hausse des dépenses de santé générée par l'augmentation du nombre de personnes âgées, mais elle ne mène pas à des recommandations politiques faciles. Le D^r Michael Gordon expose ce point avec humour :

J'aimerais vous faire remarquer que s'il était possible d'éliminer la dernière année de vie, nous économiserions beaucoup d'argent. L'ennui, c'est que ce n'est qu'après coup que nous apprenons que c'est la dernière année de vie. (...) Quelqu'un ne décide pas de renoncer à une opération, comme mon père de 89 ans que j'ai accompagné la semaine dernière, parce qu'il peut en mourir. On fait l'opération parce que le patient est vivant et en a besoin. S'il meurt trois semaines plus tard, nous pouvons dire que c'est de l'argent gaspillé, mais ce n'est pas

²⁰ Rob Brown (2:15).

²¹ Abby Hoffman (7:7).

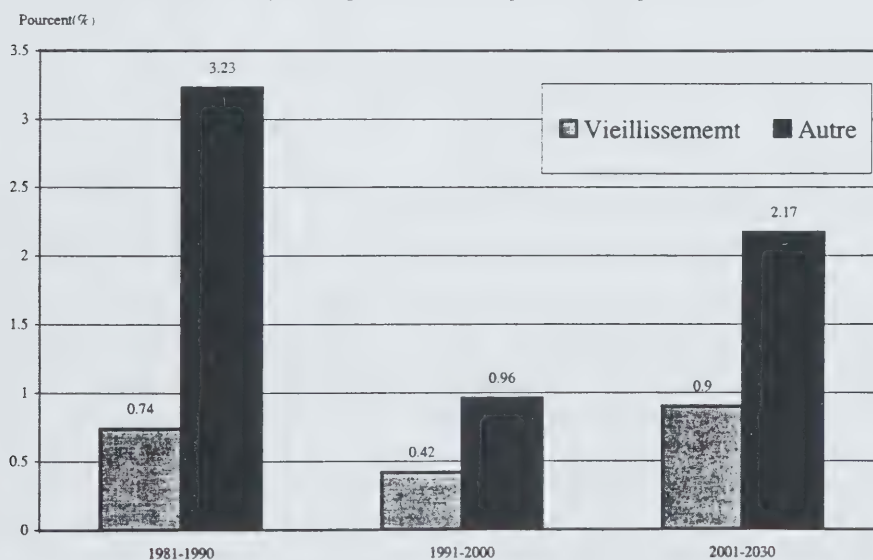
notre manière de donner les soins de santé. Nous ne regardons pas en arrière; nous regardons toujours en avant, heureusement²².

Plusieurs témoins ont souligné que le vieillissement de la population constituera un facteur important de l'augmentation des coûts de santé au cours des prochaines décennies, mais qu'il n'est pas le seul ni peut-être le plus important. Santé Canada a établi que les facteurs suivants contribuent à modifier les dépenses de santé :

- Le vieillissement de la population
- Le potentiel fiscal
- Les technologies et l'innovation
- Les facteurs influant sur le besoin et la demande de services (notamment l'état de santé, les préférences et les valeurs de la population)
- Les modifications à la structure des systèmes de prestation de soins
- Les coûts relatifs des soins en comparaison de l'inflation générale des prix.

Sur cette toile de fond, les projections de Santé Canada annoncent que le vieillissement de la population constituera un pourcentage de plus en plus grand de l'augmentation des dépenses de santé au cours de la période 2001 à 2030, tout en demeurant inférieur à l'augmentation totale prévue de 30 %, comme le montre le graphique 1.2²³.

GRAPHIQUE 1.2 - FACTEURS DE COÛT LIÉ AUX SOINS DE SANTÉ
Taux annuel moyen d'augmentation des dépenses réelles par habitant



Source : Santé Canada, *The Potential Impact of Aging on Canada's Health Care Costs*, exposé au Comité, le 5 avril 2001.

²² Dr Michael Gordon (2:39).

²³ Santé Canada, mémoire au Comité, diapositive 6.

1.3 Soins aux aînés canadiens

1.3.1 Prestation d'une gamme complète de soins

Selon le D^r Michael Gordon du CCNTA, pour répondre aux besoins présents et futurs des aînés, il faut intégrer davantage²⁴ les différents éléments de soins dans une gamme de services qui englobe la promotion du mieux-être, la prévention des maladies et des blessures, les soins hospitaliers aigus, les soins médicaux, les soins à domicile, les soins à long terme et les soins palliatifs. Il y a cependant de nombreux défis associés à l'élaboration d'une telle gamme de services, suscitant des questions telles que : Quels sont les services couverts par le système public? Comment offrir ces services de manière intégrée et comment s'assurer qu'il y a suffisamment de fournisseurs de soins de santé pour répondre aux différents besoins?

Le professeur Spencer insiste sur l'importance d'une approche intégrée :

J'aimerais souligner l'importance d'un examen global intégré du système de soins de santé en tant que tel, afin que l'on tienne compte également de la substitution d'un type de personnel par un autre, ou de la question des soins en milieu hospitalier par opposition au milieu communautaire, etc. C'est très important. Il est possible de réaliser des économies dans plusieurs domaines en adoptant de meilleures pratiques, là où des études de toutes sortes ont montré à maintes reprises que c'est possible. Il existe de meilleures façons de faire les choses, mais il semble que notre système ne fournit pas facilement cette information à mesure qu'elle devient disponible²⁵.

L'idée d'une prestation plus intégrée des soins pour répondre aux besoins d'une population âgée vient appuyer la demande de plusieurs témoins que les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance soient couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Quant au D^r Gordon, il propose que les soins des aînés à domicile soient couverts par l'État :

...les soins à domicile devraient maintenant faire partie du système de santé. La Loi canadienne sur la santé, au moment de son élaboration, avait une perspective plutôt limitée des soins de santé, laquelle était probablement pertinente à l'époque. Cependant, un grand nombre de soins peuvent maintenant être donnés à domicile. De nombreux problèmes liés au vieillissement et au fonctionnement n'exigent pas de traitements de haute technologie, mais plutôt une aide très importante et relativement peu coûteuse pour les soins à domicile. Nous croyons que cela devrait faire partie du système de soins de santé²⁶.

En ce qui concerne les médicaments d'ordonnance, le Comité a appris que, même si toutes les provinces fournissent une assurance aux aînés, la nature et la portée de cette assurance varient énormément, car les médicaments prescrits hors du milieu hospitalier ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Mais par-dessus tout, le D^r Gordon affirme que malgré l'assurance couvrant

²⁴ D^r Michael Gordon, mémoire présenté au Comité, p. 2.

²⁵ Byron Spencer (3:36).

²⁶ D^r Michael Gordon (2:38).

les médicaments d'ordonnance, certains aînés continuent d'avoir des difficultés financières : « le financement de certaines provinces augmentent considérablement la prime à payer pour une modeste augmentation des revenus ». (Les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile sont traités plus en détail aux chapitres 2 et 9.)

Enfin, les témoins soulignent l'importance de la prestation de soins palliatifs appropriés : « il est important d'avoir un système complet de soins palliatifs donnés en établissement ou à domicile – selon ce qui convient au patient – et le temps est venu de s'assurer que tous les Canadiens qui ont besoin de soins palliatifs peuvent y avoir accès »²⁷.

1.3.2 Réforme des soins primaires

Les témoignages indiquent clairement que l'actuel paiement à l'acte nuit gravement au maintien du niveau de soins aux aînés. La pratique gériatrique, comme le signale le CCNTA, exige du temps, des soins et des ressources professionnelles qui sont moins accessibles lorsque la seule source de revenu des médecins est l'acte médical. À cet égard, le Dr William Dalziel, de l'Université d'Ottawa, affirme ceci :

Si j'étais médecin de famille, j'installerais mon bureau au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur. Ils ne peuvent vraiment pas donner des soins adéquats aux aînés, ou alors ils gagneraient moins que le caissier chez Loblaws.

Dr William Dalziel, Université d'Ottawa (3:19)

*Je peux recevoir à mon bureau en 15 à 20 minutes une personne d'âge moyen, qui vient habituellement consulter pour un problème simple, sans m'attarder aux antécédents de cinq autres problèmes et à la prise de six médicaments. La consultation moyenne pour une personne âgée prend normalement entre une heure et une heure et demie. Dans la plupart des provinces, vous recevez exactement le même montant pour chaque patient*²⁸.

Des situations de ce genre nuisent au recrutement des gériatres. Le Dr Dalziel fait remarquer que des médecins résidents lui demandent pourquoi ils devraient consacrer deux ans de plus à la formation en gériatrie pour gagner 30 % à 50 % moins d'argent²⁹. Seulement sept médecins sont inscrits au programme de spécialisation en gériatrie cette année au Canada : quatre sont au Québec, ce qui en laisse trois pour le reste du pays. Le Dr Dalziel estime qu'il manque déjà près de 500 spécialistes dans ce domaine.

La rémunération des médecins s'inscrit dans un débat beaucoup plus large sur la réforme des soins primaires (voir le chapitre 6). Cette réforme comporte également des possibilités d'intégration en vue d'une prestation polyvalente, adaptée aux besoins des aînés. Cela suppose des services de santé très divers, accessibles à ce niveau et ceux- fournis de la manière la plus économique. En général, une réforme de soins primaires qui permet d'associer plus efficacement les différentes compétences permet aux aînés (et aux autres) d'avoir accès plus facilement aux services de santé dont ils ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin.

²⁷ Ibid.

²⁸ Dr William Dalziel (3:18).

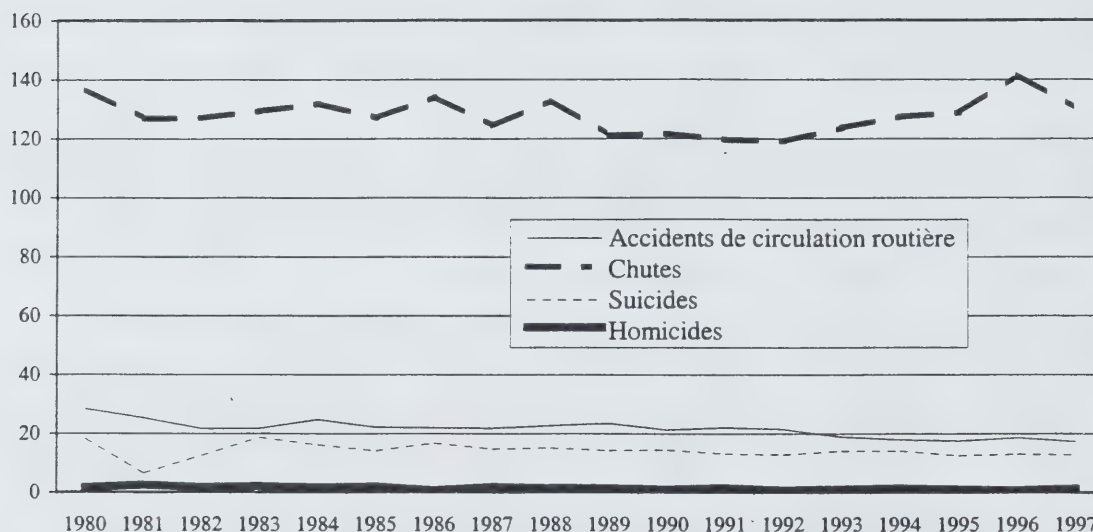
²⁹ Dr William Dalziel (3:12).

1.3.3 Promotion du bien-être et prévention de la maladie

Plusieurs témoins ont souligné l'importance de promouvoir le bien-être et de prévenir la maladie. Le D^r William Dalziel de l'Université d'Ottawa affirme catégoriquement que « la clé pour demeurer en santé est l'exercice » et il donne l'exemple suivant :

Des femmes âgées qui ont fait de l'exercice deux fois par semaine pendant six mois ont rajeuni de cinq ans en ce qui concerne leur capacité cardiaque et pulmonaire. À la fin d'un programme d'exercices de renforcement pour les femmes de 90 ans et plus vivant dans des maisons de soins, on a observé qu'elles avaient augmenté la force de leurs quadriceps de 174 %. Elles ont cessé de tomber. On a jeté les cannes et les marchettes³⁰.

GRAPHIQUE 1.3 MORTALITÉ PAR ACCIDENT, CERTAINES CAUSES
Taux pour 100 000 personnes, plus de 75 ans, les deux sexes, 1980 à 1997



Source: Santé Canada. *L'incidence éventuelle de vieillissement sur les coûts liés aux soins de santé au Canada*, communication au Comité, le 5 avril 2001.

Selon les données fournies par Santé Canada (voir le graphique 1.3), les chutes font partie des plus importantes causes de décès évitables chez les aînés, représentant plus du double du taux de mortalité pour 100 000 habitants par accident de circulation routière, homicide et suicide réunis. La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures peuvent réellement améliorer la qualité de vie des aînés et faire économiser de l'argent au système. Malheureusement, les fonds fédéraux

Nous concluons qu'il est possible d'épargner des ressources en prenant des mesures efficaces de prévention et de promotion de la santé. Cet objectif est louable, mais le plus important est d'avoir une population en meilleure santé aussi longtemps que dure la vie.

Abby Hoffman
Santé Canada (7:23).

³⁰ D^r William Dalziel (3:10)

investis en promotion de la santé ont diminué au cours des années 90, comme s'en plaint le CCNTA.

1.3.4 Nouveaux modes de financement

Pour la population âgée, le problème le plus important est peut-être celui du financement des soins. On convient généralement que le vieillissement des baby-boomers exercera de fortes pressions sur le système qui pourraient être attribuées au vieillissement de la population, du moins jusqu'à ce que cette génération soit passée. Il faut donc se demander comment couvrir les coûts supplémentaires.

Les témoins croient qu'il y a là une question fondamentale d'équité entre les générations. Notre système de santé est financé au fur et à mesure par chaque génération successive : les revenus proviennent des impôts des contribuables, qui payent les services publics pour tous, y compris ceux qui ne paient plus ou qui paient moins d'impôts depuis leur retraite. Plus le pourcentage d'ainés augmente, moins il y a de personnes en âge de travailler pour couvrir les coûts croissants des soins destinés à la population vieillissante. Il faut donc s'attendre à une augmentation du fardeau pour la population active, que certains considèrent comme un transfert injuste de la richesse d'une génération à l'autre.

Un moyen de résoudre ce problème, c'est d'élaborer un mécanisme de préfinancement pour que les dépenses futures soient payées par les personnes qui bénéficieront réellement des soins. C'est l'intention de la proposition présentée au Comité par William Robson de l'Institut C.D Howe. Il propose plus précisément qu'une partie du TCSPS que verse le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires soit convertie en « subvention pour la santé des aînés ». Il explique :

...nous pourrions remplacer une partie du TCSPS par une nouvelle subvention, fixée à 3 000 \$ par personne âgée et, initialement, contrebalancer la subvention par des diminutions correspondantes ailleurs afin de récupérer les coûts la première année. Au fil du temps, nous permettrions d'augmenter la subvention au même taux par habitant que les autres subventions concernant la population générale, mais étant axée sur le groupe des aînés, elle augmentera plus rapidement. De cette façon, il serait possible d'adapter la pression démographique aux transferts fédéraux³¹.

La Commission Clair du Québec propose une autre méthode de préfinancement, un « fonds de perte d'autonomie » spécial financé par les contributions de l'employeur et de l'employé. Semblable à un fonds de retraite, il pourrait être administré par un organisme indépendant qui garantirait sa rentabilité et veillerait à ce que ses ressources servent à accroître la gamme de services offerts aux aînés.

³¹ William Robson (3:7).

1.3.5 Politique gouvernementale : perspective à long terme

Enfin, plusieurs témoins ont parlé de la nécessité d'une planification générale à long terme pour répondre aux besoins des aînés. Le professeur Byron Spencer fait observer, par exemple, que le Conseil économique du Canada a déjà fourni une analyse et des projections économiques à moyen et à long terme et qu'il serait peut-être utile d'envisager la création d'un organisme chargé, en particulier, de prévoir les effets du vieillissement de la population³². Cela renforcerait notre capacité d'étudier régulièrement les conséquences économiques de l'évolution démographique et leurs répercussions fiscales et budgétaires pour le gouvernement.

1.3.6 Une approche unique pour les soins de longue durée en établissement

Au cours de son étude, le Comité a appris des choses intéressantes sur Laurier House à Edmonton, qui offre ce qu'on pourrait appeler des « soins en condo » : les résidents possèdent leur propre appartement, reçoivent des soins médicaux sur place, paient des frais mensuels pour les coûts d'exploitation, les services de repas et d'entretien et, lorsqu'ils meurent, leur succession touche presque la totalité de l'investissement immobilier. Laurier House est administrée par le Capital Care Group, l'organisme de soins permanents financé et dirigé par le secteur public, le plus important au pays.

Laurier House comprend 78 appartements occupés par 100 personnes. Les appartements à une chambre coûtent de 97 000 \$ à 115 000 \$; ceux à deux chambres, de 118 000 \$ à 136 000 \$; et les studios, 88 000 \$. Les frais mensuels pour les résidents varient de 950 \$ à 1 060 \$, selon l'appartement. Les services de santé sont financés par Santé Alberta. Laurier House est différente des autres maisons de soins, car les résidents achètent leur appartement; la province n'investit pas dans les frais d'immobilisation.

1.4 Commentaires du Comité

Le Comité reconnaît que les spécialistes ne s'entendent toujours pas sur l'incidence du vieillissement sur la viabilité du système de soins de santé. Les divergences d'opinion peuvent se résumer en quatre scénarios : « coûts astronomiques », « morbidité comprimée », « coûts maîtrisables » et « système réformé ».

Le Comité croit que le scénario des coûts astronomiques est le plus improbable. Les témoignages entendus laissent présager que, certes, le vieillissement exercera de fortes pressions sur le système de soins de santé, en particulier lorsque la génération du baby-boom prendra sa retraite, mais il est peu probable que ces pressions déclenchent une crise.

En réalité, le vieillissement de la population constitue seulement un des facteurs complexes – liés à l'offre et à la demande – qui contribuent à l'augmentation des frais de santé. Les autres facteurs incluent notamment l'utilisation de nouvelles technologies, le coût des nouveaux médicaments et la modification des attentes du patient.

³² Byron Spencer, mémoire au Comité, p. 5.

Cependant, on ne doit pas conclure pour autant qu'il ne faut rien faire pour contrer les pressions associées au vieillissement. Le Comité croit qu'il est important d'étudier attentivement les propositions de préfinancement des frais liés au vieillissement, du moins jusqu'à ce que les effets de la génération du baby-boom soient passés. De plus, nous pensons que le vieillissement de la population accentue l'urgence de résoudre d'autres problèmes et qu'il exigera des mesures particulières dans le cadre de programmes de changement plus généraux.

À titre d'exemple, les aînés, dont le cas médical est souvent complexe, bénéficieraient d'une réforme des soins primaires qui ferait que ceux-ci ne seraient plus rétribués exclusivement à l'acte et qui inciterait les médecins à passer plus de temps avec le patient. La réforme pourrait également permettre d'offrir un plus grand nombre de services dès le point d'accès au système de santé; cette solution serait intéressante pour les aînés qui ont souvent besoin de consulter plusieurs soignants. Cela suppose toutefois qu'il faut également solutionner le problème suscité par l'expansion du régime public en vue d'inclure ces services. Dans ce contexte, il faudrait aussi déterminer si d'autres services, tels que les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance, ne devraient pas eux aussi être assujettis aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*.

La réforme des soins primaires, l'expansion du régime public et la mise en place d'une série intégrée de services sont précieux pour les aînés, mais elles ont aussi de nombreuses conséquences pour la population en général. Dans la phase quatre de son étude, le Comité examinera ces questions plus à fond.

En conclusion, le Comité trouve le concept de Laurier House original et impressionnant. Évidemment, on peut se demander si ce concept ne constitue pas une forme de système de soins infirmiers « à deux vitesses ». À notre avis, c'est plutôt un système de logement à deux vitesses pour le malade, mais dans le cadre d'un système de soins de santé universel.

CHAPITRE DEUX

DÉPENSES AU TITRE DES MÉDICAMENTS AU CANADA

Le terme « médicaments » (ou « remèdes ») englobe en général les médicaments d'ordonnance, les médicaments vendus sans ordonnance (en vente libre ou à l'étalage) et les fournitures médicales personnelles. Les médicaments d'ordonnance sont d'ordinaire prescrits par un médecin ou un dentiste, préparés par un pharmacien pour des patients hospitalisés ou non. Les produits en vente libre comme les remèdes contre la toux et le rhume et les analgésiques peuvent être achetés sans ordonnance à divers points de vente au détail. Les fournitures médicales personnelles, comme les nécessaires d'hygiène buccale ou les trousses de diagnostic rapide, sont aussi disponibles dans des points de vente au détail.

Les médicaments peuvent être brevetés ou non. Un médicament breveté est assorti d'un brevet. Les médicaments non brevetés englobent les médicaments dont le brevet n'a pas encore été homologué, ceux dont le brevet a expiré, ceux qui n'ont jamais été assortis d'un brevet et les copies génériques. Depuis 1987, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) réglemente les prix exigés par les fabricants de médicaments brevetés au Canada. Il y a deux composantes à cette réglementation. D'une part, une limite sur l'augmentation du coût des médicaments brevetés déjà commercialisés; d'autre part, une limite sur le prix de lancement d'un nouveau médicament breveté. Le prix des médicaments non brevetés n'est pas réglementé.

Santé Canada a la responsabilité d'homologuer tous les médicaments mis en marché au Canada. Le Ministère évalue les nouveaux médicaments afin de garantir l'innocuité et l'efficacité du traitement annoncé. L'obtention d'un avis de conformité (ADC) donne l'autorisation de commercialiser et de distribuer un médicament. Toutefois, un médicament peut être distribué, avec des restrictions précisées, avant l'obtention d'un ADC, en tant que drogue nouvelle de recherche ou en vertu du Programme spécial d'accès (PSA).

Les témoins entendus ont fait remarquer que la pharmacothérapie fait partie intégrante des soins de santé. L'importance des médicaments pour traiter une maladie, maintenir l'état de santé et la qualité de vie et prévenir et réduire le besoin de chirurgie ou de séjour en hôpital est bien reconnue. On a également dit au Comité qu'une pharmacothérapie appropriée peut optimiser les résultats en santé et permet d'éviter d'autres coûts inutiles.

2.1 Tendances dans les dépenses au titre des médicaments

D'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses au titre des médicaments au Canada augmentent continuellement depuis 25 ans : elles sont passées de 1,1 milliard de dollars en 1975 à 14,7 milliards de dollars en 2000.³³ Pendant cette période, les médicaments ont constitué une part croissante des dépenses totales de soins de santé : en 1975, ils représentaient 9 % des dépenses totales; en 2000, cette part était passée à près de 16 %

³³ Les données sur les dépenses au titre des médicaments recueillies par l'ICIS portent sur les médicaments d'ordonnance, les produits et les fournitures médicales personnelles en vente libre, mais ne comprennent pas les médicaments dispensés dans les hôpitaux ou autres établissements.

(voir graphique 2.1). Les données de l'ICIS révèlent également que les dépenses totales au titre des médicaments ont augmenté à un taux plus élevé que le taux d'inflation. En outre, depuis 1997, les dépenses de médicaments se situent au deuxième rang des catégories de dépenses relatives aux soins de santé, après les dépenses au titre des hôpitaux et avant les dépenses touchant les consultations médicales.

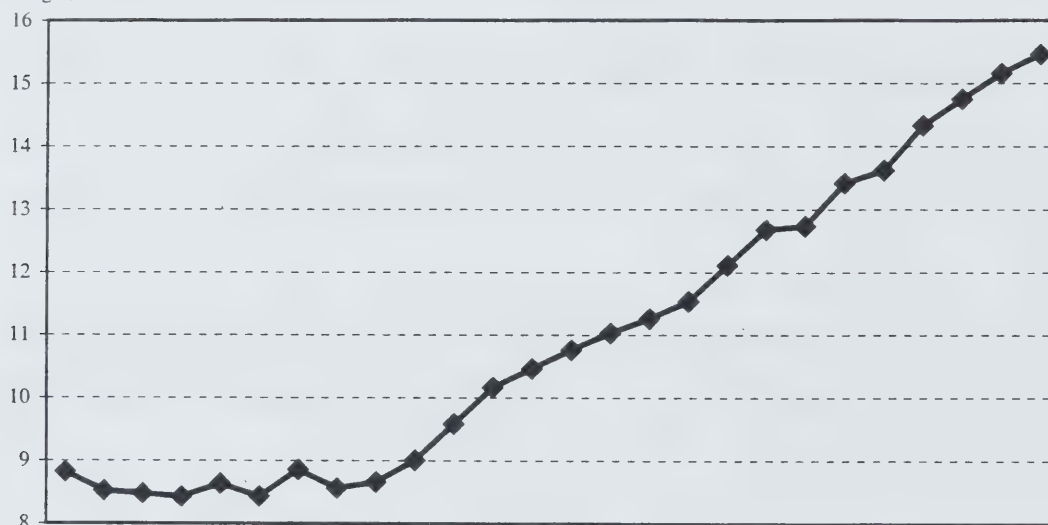
Le graphique 2.2. retrace l'évolution des dépenses de soins de santé par catégorie au Canada, exprimées en dollars par habitant. On constate que les dépenses au titre des médicaments augmentent plus vite que les dépenses dans d'autres secteurs clés des soins de santé, les hôpitaux et les consultations médicales par exemple. En fait, entre 1990 et 2000, les dépenses en médicaments par habitant ont progressé de près de 93 %, plus de deux fois la moyenne de l'augmentation de toutes les dépenses en santé (40 %).

Les médicaments continuent d'absorber une part croissante des dollars consacrés aux soins de santé au Canada, et ils viennent au deuxième rang des catégories de dépenses en santé, juste après les dépenses hospitalières. On estime qu'en 2000, les dépenses au titre des médicaments ont atteint 14,7 milliards de dollars, c'est-à-dire 15,5 % des dépenses totales au titre de la santé, après des augmentations de 8,9 % en 1999 et de 8,9 % en 2000.

ICIS (2001)

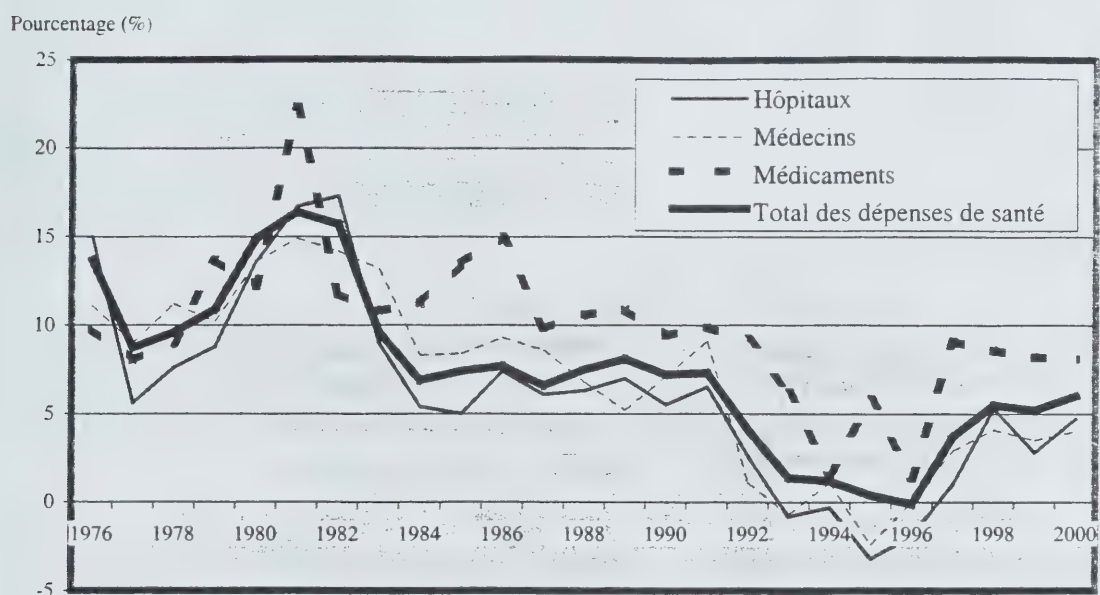
GRAPHIQUE 2.1 DÉPENSES AU TITRE DES MÉDICAMENTS, EN POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES EN SOINS DE SANTÉ, CANADA, 1975-2000

Pourcentage (%)



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 2.2 AUGMENTATION ANNUELLE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, PAR HABITANT, PAR CATÉGORIE DE SOINS, 1976-2000



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Le coût d'un médicament d'ordonnance dépend de quatre éléments : le prix du fabricant, la marge bénéficiaire du marchand de gros, celle du détaillant et les honoraires du pharmacien. D'après des données de IMS Health (Canada) et du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le prix des produits pharmaceutiques (1997), les marges bénéficiaires en gros et au détail et les honoraires des pharmaciens représentaient un peu plus du tiers du coût final d'un médicament sur ordonnance, alors que les frais de distribution et le prix de vente des fabricants représentaient 4 % et 63 % respectivement du coût final.³⁴

Les médicaments d'ordonnance constituent la plus importante composante des dépenses au titre des médicaments (77 % en 2000, comparativement à 72 % en 1975). Les médicaments vendus en vente libre et les fournitures médicales personnelles constituaient en 2000 les 23 % restants des dépenses (comparativement à 28 % en 1975). Pour l'essentiel, les médicaments vendus en vente libre et les fournitures médicales personnelles sont achetés directement par le consommateur et constituent un débours pour lui. Par contre, de nombreux intervenants financent les médicaments d'ordonnance. En 1975, le secteur privé assumait 80 % des dépenses de médicaments d'ordonnance. En 2000, cette part du secteur privé était passée à 57 %. Au cours de la même période, la part des médicaments d'ordonnance financés à même les deniers publics n'a cessé de croître : elle est passée de 20 % en 1975 à 43 % en 2000.

D'année en année, de plus en plus de médicaments sont vendus au Canada et les médicaments brevetés accaparent une part sans cesse croissante de ces ventes. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) évalue à 10,0 milliards de dollars les produits pharmaceutiques pour consommation humaine vendus au Canada en 2000. Cela représente pour les fabricants une augmentation de 12,4 % par rapport à 1999.³⁵ La proportion des ventes totales de

³⁴ Rapport du groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le prix des produits pharmaceutiques, *Le prix des médicaments et les générateurs de coûts 1990-1997*, avril, p. 13-14.

³⁵ CEPMB, Rapport annuel 2000, p. 15.

médicaments brevetés par rapport à l'ensemble des ventes de médicaments ne cesse de croître. En 1995, elle était de 43,9 %, alors qu'en 2000, les médicaments brevetés représentaient 63,0 % du total des ventes.³⁶ Entre 1990 et 1995, les ventes de médicaments de marque déposée non brevetés représentaient près de 50 % de la totalité des ventes des sociétés détenant des brevets sur des médicaments. Toutefois, entre 1996 et 2000, cette proportion n'a pas cessé de diminuer pour atteindre 28 % en 2000.³⁷ En même temps, les ventes de médicaments génériques augmentaient. D'après les renseignements publiés par IMS Health et diffusés par le CEPMB, on estimait les ventes totales de médicaments génériques à environ 929 millions de dollars en 2000, une augmentation de 15,2 % par rapport à 1999.³⁸

La plupart des médicaments brevetés sont délivrés sur ordonnance. Environ 96 % des produits brevetés, déclarés d'usage humain au CEPMB, exigent une ordonnance.³⁹ La quantité de médicaments brevetés vendus a aussi augmenté. Entre 1988 et 2000, la progression annuelle moyenne des quantités de médicaments brevetés vendus était de 12 %. On peut comparer cela à la hausse annuelle moyenne de leur prix, 0,8 %.⁴⁰

Dans l'ensemble, l'augmentation des dépenses au titre des médicaments, ces dernières années, a eu une forte incidence sur l'escalade des coûts des soins de santé. Selon les témoins entendus, cette tendance va sans doute se poursuivre avec le vieillissement de la population canadienne, l'avènement de nouvelles pharmacothérapies et l'augmentation de la demande de médicaments d'ordonnance :

*Les médicaments vont devenir de plus en plus efficaces et vont constituer une part de plus en plus importante des thérapies utilisées; la part qu'ils représentent dans les coûts de soins de santé va continuer de grossir. Les nouveaux médicaments sont coûteux, mais ils vont être prescrits et la population vieillissante, connaissant leur existence, va en faire la demande (...).*⁴¹

2.2 Générateurs de coûts

Divers facteurs contribuent à l'augmentation des dépenses au titre des médicaments, notamment un usage plus intensif, la hausse des prix et un usage accru des nouveaux médicaments plus coûteux. Certains de ces facteurs influent davantage que d'autres sur les dépenses.

2.2.1 Tendances de l'usage des médicaments

Par usage des médicaments on entend ni plus ni moins la quantité de médicaments utilisés. L'accroissement du nombre d'ordonnances s'explique par certains facteurs, notamment : la croissance démographique; l'évolution de la structure par âge et de l'état de santé de la population;

³⁶ *Ibid.*, p. 16.

³⁷ *Ibid.*, p. 17.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*, p. 23.

⁴¹ Association canadienne des pharmaciens, *Prestation des soins de santé, optimisation des pharmacothérapies et rôle du pharmacien*, mémoire présenté au Comité, mars 2001.

l'augmentation du nombre de patients à qui on prescrit un médicament en particulier; la tendance à préconiser une pharmacothérapie plutôt que d'autres formes de traitements; l'apparition de nouvelles maladies et un traitement amélioré des maladies connues; et la hausse du nombre d'ordonnances par personne.

Au Canada, d'année en année, les médecins délivrent de plus en plus d'ordonnances. IMS Health (Canada) signale qu'en 1999, 272 millions d'ordonnances ont été exécutées, soit 6,3 % de plus qu'en 1998. Cela donne une idée de l'ampleur de l'usage des médicaments au Canada : 8,9 ordonnances par personne en 1999, contre 8,3 en 1998 (voir tableau 2.1).

TABLEAU 2.1
UTILISATION D'ORDONNANCES EN 1999

Taille moyenne de la famille	3,1
Nombre d'ordonnances par personne	8,9
Nombre d'ordonnances par famille	28,0
Prix moyen de l'ordonnance	35,48 \$
Consommation par famille par année	978,89 \$

Source : IMS
Health (Canada).

Nous savons qu'il existe un écart considérable dans l'utilisation des produits pharmaceutiques qui ne correspond pas à la répartition de la population.

Dr Roger A. Korman (4)

Nous avons encore beaucoup à apprendre au sujet de l'utilisation des médicaments au Canada. L'usage augmente mais, pour un même médicament, la configuration peut varier selon la région du Canada et entre le Canada et d'autres pays. Il y a des différences marquées dans le recours aux pharmacothérapies à l'échelle du Canada. Les benzodiazépines en sont un exemple. On prescrit plus de benzodiazépines dans l'Est du Canada que dans l'Ouest : en 2000, les pharmaciens détaillants du Nouveau-Brunswick ont fourni 41,5 comprimés et cachets de benzodiazépine par habitant, ce qui est trois fois plus que la quantité par habitant en Saskatchewan. Il existe également des variations frappantes à l'intérieur des provinces. Le recours aux benzodiazépines dans le Nord de l'Alberta, par exemple, est plus fréquent que dans le Sud de l'Alberta.⁴²

Le Dr Roger A. Korman, président de IMS Health (Canada), a déclaré que même si l'on n'a pas encore établi de liens de cause à effet entre la situation socio-économique et le recours aux benzodiazépines, il semble qu'il y ait une corrélation, l'usage en étant plus répandu dans les couches socio-économiques moins nanties.⁴³ Le recours aux benzodiazépines a plus à voir avec l'âge du médecin soignant qu'avec l'âge du patient : 90 % des 100 médecins qui prescrivent le plus de benzodiazépines en Alberta, au Québec et en Ontario sont des diplômés d'avant 1981.⁴⁴

L'usage que l'on fait de certaines drogues varie d'un pays à l'autre. Même si l'usage d'antibiotiques est en baisse au Canada, on en prescrit ici encore deux fois plus qu'aux Pays-Bas. Le Ritalin est un autre exemple. Le nombre d'ordonnances délivrées au Canada pour le Ritalin continue d'augmenter rapidement (9 % en 2000), alors qu'on note une baisse de 5 % aux États-Unis.

⁴² Dr Roger A. Korman (4:15).

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*, 4:16.

2.2.2 Tendances du prix des médicaments

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ont un rôle à jouer pour juguler le prix des médicaments au Canada. Au niveau fédéral, le CEPMB examine les prix exigés par les fabricants de médicaments brevetés pour garantir qu'ils ne soient pas excessifs. En outre, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont pris diverses mesures pour juguler le prix des médicaments remboursés par leur régime d'assurance-médicaments. On a recours aux mécanismes suivants :⁴⁵

- Remplacement par des médicaments génériques : Quand un médicament générique est disponible, on doit substituer le produit générique moins coûteux à son équivalent de marque, à moins que l'ordonnance du médecin ne soit formelle.
- Gestion des formulaires : Il arrive que certains médicaments ne soient pas inclus dans les formulaires, qu'ils y soient inclus mais assortis de restrictions ou qu'ils en aient été exclus.
- Établissement du prix d'après une référence : Remboursement du médicament le moins coûteux dans un groupe donné. La différence essentielle entre cette mesure axée sur l'établissement d'un prix de référence et la substitution d'un produit générique à un produit de marque est que, dans le premier cas, les médicaments doivent se borner à être des équivalents d'un point de vue thérapeutique et non être identiques d'un point de vue chimique.
- Le contrôle des marges bénéficiaires et des honoraires des pharmaciens : Les gouvernements provinciaux peuvent limiter les marges bénéficiaires réalisées sur les médicaments et ils peuvent fixer les honoraires versés aux pharmaciens.
- Partage des risques : Dans certains cas, les gouvernements ont négocié avec les fabricants de médicaments pour limiter les dépenses totales consacrées à un médicament donné. Ayant fixé un seuil, la compagnie s'engage à verser à la province tous les montants au-delà de ce seuil.
- Gel des prix : L'Ontario a introduit un gel des prix entre 1994 et 1998.

Le CEPMB veille à ce que l'augmentation annuelle du prix des médicaments brevetés ne dépasse pas celle de l'Indice des prix à la consommation (IPC). Sauf en 1992, tous les ans depuis 1998, le prix des médicaments brevetés a enregistré une progression inférieure à celle de l'IPC. En 2000, le prix des médicaments brevetés a augmenté en moyenne de 0,4 %, alors que les prix à la consommation se sont accrus de 2,7 %.⁴⁶ Le CEPMB surveille également le prix de lancement des nouveaux médicaments brevetés. En règle générale, le prix des nouveaux médicaments brevetés est fixé de façon que le coût du nouveau médicament ne dépasse pas la plus coûteuse des pharmacothérapies existantes pour traiter la maladie en question. Le prix des nouveaux médicaments révolutionnaires est limité à la médiane des prix du même médicament dans sept autres pays : la France, l'Allemagne, l'Italie, la Suisse, la Grande-Bretagne et les États-Unis. En outre, le prix d'un

⁴⁵ Le document de travail 00-2, *Public Policies Related to Drug Formularies in Canada: Economic Issues*, du *Institute of Health Economics*, et l'article de Devidas Menon, intitulé « Pharmaceutical Cost Control in Canada: Does It Work? », paru dans *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, décrivent les mesures de contrôle des coûts prises par les provinces.

⁴⁶ CEPMB (2000), p. 18.

médicament breveté ne peut pas être plus élevé que le prix le plus élevé du même médicament dans ces pays.⁴⁷

En 1987, le prix des médicaments brevetés au Canada était supérieur d'environ 23 % à la médiane des prix internationaux. Au milieu des années 90, les prix canadiens étaient inférieurs d'environ 10 %. En 2000, ils étaient inférieurs de 8 % à la médiane des prix internationaux. Le CEPMB signale que les prix canadiens sont un peu inférieurs aux prix qui ont cours en Allemagne, en Suède, en Suisse et en Grande-Bretagne, mais qu'ils sont supérieurs aux prix pratiqués en France et en Italie. Les prix américains sont plus élevés que ceux de tous les autres pays.⁴⁸

Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le prix des produits pharmaceutiques a analysé l'évolution du prix annuel des médicaments d'ordonnance dans six régimes provinciaux d'assurance-médicaments. Les médicaments ont été partagés en trois catégories : médicaments brevetés; médicaments non brevetés à source unique; et médicaments non brevetés à sources multiples (de marque et génériques). En 1997, pour les six régimes analysés, les médicaments brevetés représentaient environ 50 % du total des dépenses au titre de médicaments d'ordonnance. Les médicaments non brevetés de source unique représentaient 13 % du total, en 1996. Le Groupe de travail a comparé le prix demandé au Canada et le prix demandé à l'étranger pour les médicaments non brevetés de source unique les plus vendus et remboursés par les six régimes d'assurance-médicaments. On a pu constater que, dans l'ensemble, les prix canadiens étaient de 30 % supérieurs à la médiane des prix internationaux des sept pays qui constituent la référence comparative du CEPMB. Par contre, le prix canadien des médicaments brevetés était quant à lui d'environ 10 % inférieur à la médiane des prix internationaux.⁴⁹

Les médicaments à sources multiples (de marque générique) représentaient 44 % des dépenses des régimes d'assurance-médicaments de cinq provinces en 1997.⁵⁰ Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le prix des produits pharmaceutiques a recueilli des données qui révèlent une tendance nette à la hausse du prix des médicaments génériques au regard de leurs équivalents de marque.⁵¹ Selon le Groupe de travail, « cette tendance s'est dessinée bien que le prix de l'ensemble des médicaments génériques soit demeuré stable ou ait chuté, et bien que le prix de leurs équivalents de marque soit demeuré constant ou ait augmenté pendant cette période. »⁵² On peut trouver deux explications possibles à ce phénomène : le prix de lancement des médicaments générique est relativement plus élevé et on observe des différences de tendance dans les prix, selon qu'il s'agit d'un médicament générique pour lequel il n'y a pas d'équivalent de marque ou d'un générique pour lequel il existe un équivalent.⁵³ Une étude de l'Institut Fraser (août 2000) démontre que le prix des médicaments génériques est souvent plus élevé au Canada qu'aux États-Unis.⁵⁴

Le prix des médicaments varie d'une province à l'autre. Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le prix des produits pharmaceutiques a constaté que le prix du fabricant accusait des différences marquées pour un même produit selon la région du Canada. En 1993, les

⁴⁷ *Ibid.*, p. 26.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁹ *Le prix des médicaments et les générateurs de coûts 1990-1997* (1999), p. 30.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 34. La Nouvelle-Écosse est exclue.

⁵¹ *Ibid.*, p. 35.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*, p. 36.

⁵⁴ Institut Fraser, « Prix des médicaments d'ordonnance au Canada et aux États-Unis », *Sources de politiques publiques*, août 2000.

prix ontariens, les plus élevés au Canada, étaient supérieurs de 8,8 % à ceux de la Colombie-Britannique, province où ils sont le plus bas. En 1997, dernière année couverte par le rapport, l'écart des prix s'était rétréci, la Nouvelle-Écosse affichant les prix les plus élevés, 5 % de plus qu'au Manitoba, province où ils étaient le moins élevés. Le Groupe de travail a également constaté que si les provinces avaient remboursé au prix le plus bas pour un même produit en 1997, 60 millions de dollars auraient été épargnés.⁵⁵

2.2.3 Genres de médicaments prescrits - Tendances

Si les anciennes thérapies sont remplacées par de nouveaux médicaments plus coûteux, cela peut avoir une incidence marquée sur les dépenses au titre des médicaments. Le Groupe de travail sur le prix des produits pharmaceutiques a recueilli des données qui révèlent qu'en 1997, les nouveaux médicaments (introduits depuis 1990) représentaient 57 % des dépenses totales au titre des produits pharmaceutiques en Colombie-Britannique. On attribue à l'introduction et à l'usage des nouveaux médicaments 32 % de l'augmentation des dépenses en médicaments en Colombie-Britannique entre 1990 et 1997.

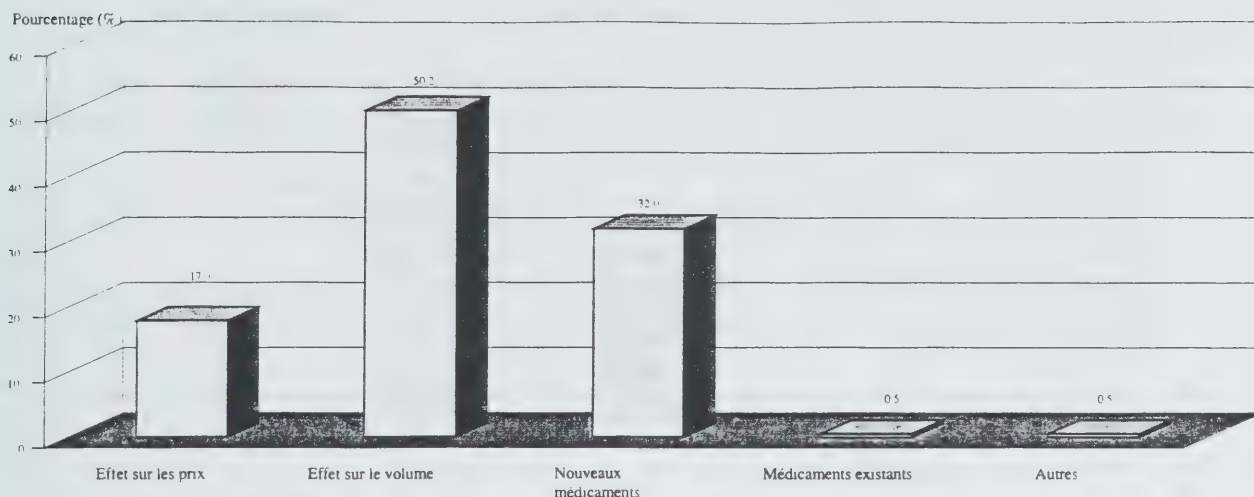
2.2.4 Analyse des générateurs de coûts

À l'aide de données de la Colombie-Britannique, le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation des médicaments attribue l'évolution des dépenses en médicaments d'ordonnance aux générateurs de coût suivants (voir graphique 2.3) : l'augmentation des prix des médicaments existants (18 %), l'usage accru des médicaments existants (50 %) et la vente de nouveaux médicaments au cours de la première année (32 %). En 1997, les médicaments introduits sur le marché canadien depuis 1990 (nouveau) représentaient 57 % des dépenses d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique. Le Groupe de travail a donc conclu qu'un usage accru de médicaments et une consommation accrue de nouveaux médicaments étaient les principaux générateurs des dépenses au titre des médicaments d'ordonnance⁵⁶.

⁵⁵ *Le prix des médicaments et les générateurs de coûts – 1990-1997* (1999), p. iii.

⁵⁶ Rapport du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation des médicaments, *Utilisation des médicaments au Canada*, avril 1999, p. 1.

GRAPHIQUE 2.3 FACTEURS CONTRIBUANT A L'AUGMENTATION DU COÛT DES MEDICAMENTS, SELON LES PRINCIPALES COMPOSANTES, 1990 À 1997



Source : Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation des médicaments, avril 1999

2.3 Pharmacothérapie appropriée

Une pharmacothérapie appropriée signifie prescrire et utiliser les bons médicaments au bon moment. Une utilisation rentable et appropriée des médicaments est essentielle si nous voulons à la fois optimiser les résultats pour la santé et éviter des dépenses inutiles. Il existe toutefois deux obstacles majeurs à une pharmacothérapie appropriée : une utilisation inappropriée par le patient et une ordonnance inappropriée de la part du médecin. Le tableau 2.2 donne un bref aperçu de ce double phénomène.

On observe de graves problèmes de conformité en ce qui concerne tous les médicaments destinés au soin des maladies chroniques.

Dr Robert Coombs (4-8)

L'utilisation inappropriée des médicaments sur ordonnance est un problème de plus en plus important. D'après les estimations, jusqu'à 55 % des patients n'observent pas les régimes indiqués pour les médicaments sur ordonnance et interrompent prématurément leur prise alors qu'ils souffrent chroniquement d'hypertension ou de cholestérol élevé. D'après les données de la Saskatchewan concernant l'utilisation d'hypocholestérolémiants, le Dr Robert Coombs, PDG, Health Promotion Research, a signalé qu'il faut de 18 mois à deux ans avant que ces médicaments ne fassent effet, mais que 10 % seulement des patients continuent à les prendre après 800 jours. Ceci peut mener à d'autres effets nocifs ainsi qu'à une multiplication des visites chez le médecin et à l'hôpital⁵⁷. Il arrive souvent que les patients ne prennent pas leurs médicaments comme cela leur a été prescrit, arrêtent de les prendre prématurément ou négligent de renouveler leurs ordonnances.

⁵⁷ Dr Robert Coombs (4:9).

TABLEAU 2.2
PHARMACOTHÉRAPIE INAPPROPRIÉE : DÉFINITION

UTILISATION INAPPROPRIÉE DES MÉDICAMENTS¹	PRESCRIPTION INAPPROPRIÉE²
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas faire exécuter ou renouveler son ordonnance ▪ Prendre trop ou pas assez du médicament prescrit ▪ Doser au hasard, modifier l'intervalle entre deux prises de médicaments ou omettre des doses ▪ Arrêter prématurément la prise du médicament ▪ Prendre un médicament sans ordonnance ▪ Mélanger les médicaments sur ordonnance et les produits en vente libre ou illicites ▪ Mélanger médicaments sur ordonnance et alcool 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrire insuffisamment ou ne pas spécifier des quantités suffisantes ou les intervalles à respecter entre les doses ▪ Prescrire des quantités excessives ou dépasser le dosage thérapeutique maximum ▪ Utilisation prolongée qui provoque un changement iatrogène et des effets indésirables ▪ Ordonnance contre-indiquée pour l'état pathologique ▪ Mélanges contre-indiqués qui produisent des effets indésirables

1) Coombs, Robert B., Ph.D. et al., *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Non-Compliance and Inappropriate Use of Prescription Medications in Canada*, ACIM, 1995.

2) Coombs, Robert B., Ph. D. et al., *A Preliminary Review of the Causes of Inappropriate Prescribing and its Costs in Canada*, Health Promotion Research, février 1997.

Les recherches ont d'autre part révélé que beaucoup de patients ne comprennent pas leur pharmacothérapie. On a dit au Comité que la moitié des patients qui sortent d'un cabinet de médecin ne comprennent pas le médicament qui leur a été prescrit, pourquoi on le leur a prescrit ni comment ils sont censés le prendre⁵⁸. L'analphabétisme est un obstacle majeur à une utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance.

La prescription inappropriée de médicaments pose également un problème, en particulier pour les personnes âgées. L'Association canadienne de gériatrie a discuté de ce problème dans un récent énoncé de position :

Les personnes âgées sont plus susceptibles de se faire prescrire des médicaments probablement non indiqués; de 11 % à 46 % d'entre elles reçoivent au moins une ordonnance non indiquée par année. [...] Les erreurs de prescription représentent environ de 19 % à 36 % des admissions à l'hôpital pour cause médicamenteuse. La coexistence de plusieurs médecins prescripteurs, le nombre de médicaments actuellement commercialisés (plus de 24 000), le nombre de contre-indications relatives documentées (plus de 33 000) et les lacunes dans les

⁵⁸ Dr Roger A. Korman (4:17).

connaissances des médecins attribuables à leur âge ou à leur formation sont d'importants facteurs qui contribuent à accroître le risque de la prescription de complaisance⁵⁹.

TABLEAU 2.3
COÛTS ÉCONOMIQUES ESTIMATIFS DE LA PHARMACOTHÉRAPIE
INAPPROPRIÉE
(EN MILLIARDS DE DOLLARS)

	UTILISATION INAPPROPRIÉE	ORDONNANCES INAPPROPRIÉES
Coûts directs :		
▪ Hôpitaux	1,78 – 2,74	0,30 – 0,85
▪ Centres de soins infirmiers	0,66	–
▪ Soins ambulatoires	1,09	0,12 – 0,43
Coûts indirects :		
▪ Perte de productivité et décès prématurés	3,5 – 4,49	0,42 – 1,28
Coûts économiques totaux	7,06 – 8,98	0,84 – 2,56

Source : Voir tableau 2.2.

L'utilisation inappropriée de médicaments sur ordonnance coûte très cher au système de santé canadien. Une étude de 1995 du D^r Coombs et al. révèle que ces coûts économiques se situent entre 7 et 9 milliards de dollars par an, ce qui équivaut au coût du cancer, toutes causes confondues⁶⁰. Ce chiffre comprend à la fois les coûts directs – résultant d'une hospitalisation accrue, d'une multiplication des visites et interventions de médecin et d'un accroissement des coûts des centres de soins; et les coûts indirects – résultant d'une productivité diminuée au travail, de l'absentéisme et de décès prématurés. En 1997, le D^r Coombs et son équipe ont estimé les coûts économiques des erreurs de prescription entre 0,8 et 2,6 milliards de dollars par an (voir tableau 2.3).

Les témoins ont insisté sur le fait qu'une amélioration dans l'utilisation des médicaments aurait une incidence positive sur la santé des patients et sur les dépenses. Le D^r Coombs estime que de bons programmes de soutien aux patients aideraient à s'assurer qu'ils prennent convenablement leurs médicaments. Le D^r Jeffrey Poston, directeur exécutif de l'Association des pharmaciens du Canada, a insisté sur le rôle des pharmaciens dans la rentabilisation de l'utilisation des médicaments.

Jour après jour, les pharmaciens apportent une contribution considérable aux soins primaires en réglant les problèmes liés aux médicaments qu'éprouvent les patients, en les aidant à se conformer aux indications – problème défini dans le témoignage précédent –, en traitant des maladies mineures et en faisant la promotion de la santé. Cependant, il est certain que les connaissances et les compétences des pharmaciens sont sous-utilisées [...].

Dr Jeff Poston, APC (4:10).

⁵⁹ Association canadienne de gériologie, *Énoncé de politique : Les personnes âgées et les médicaments d'ordonnance*, 1999, (<http://www.cagacg.ca/french/pubsf/pol-drugs.htm>).

⁶⁰ Coombs, Robert B., Ph.D. et al., *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Non-Compliance and Inappropriate Use of Prescription Medication in Canada*, ACIM, 1995.

Même si des stratégies de gestion de l'utilisation des médicaments, comme les programmes de pharmacothérapie initiale, peuvent permettre de réaliser des économies, c'est lorsque les pharmaciens prennent le temps d'examiner avec les patients leur traitement d'un œil critique qu'on obtient l'amélioration la plus grande. Dans une étude menée récemment en Ontario, des pharmaciens ont passé en revue les médicaments pris par des aînés à qui on avait prescrit cinq médicaments ou plus. Chez 88 % de ces patients, on a décelé, en moyenne, 3,23 problèmes liés aux médicaments. Le pharmacien a informé les médecins traitants. Dans 69 % des cas, le médecin a accepté les modifications recommandées par le pharmacien⁶¹.

Le Dr Poston préconise que les pharmaciens fassent partie intégrante de la réforme des soins de première ligne. Cela réglerait le problème de sous-utilisation des pharmaciens et améliorerait l'ensemble de la pharmacothérapie :

Nous recommandons aux provinces, au moment où elles s'apprentent à réformer leurs systèmes de soins primaires, d'examiner des moyens d'intégrer les pharmaciens aux modèles proposés de prestation des soins primaires. De tels modèles devraient être conçus de manière à assurer une utilisation maximale des services consultatifs que les pharmaciens sont en mesure d'offrir pour assurer l'optimisation des pharmacothérapies⁶².

Les témoins ont également parlé de l'importance d'utiliser l'information pour réduire le gaspillage résultant d'erreurs de prescription et de l'utilisation inappropriée de médicaments. Le Comité a appris que le Canada n'a pas d'informations complètes quant à l'utilisation et au coût des médicaments. Évaluer la qualité de l'utilisation des médicaments semble être une priorité. Mme Barbara Ouellet, directrice des Soins à domicile et produits pharmaceutiques à Santé Canada a signalé que :

Le Canada ne dispose pas de données exhaustives fiables sur l'utilisation et le coût des médicaments, ce qui constitue en soi un obstacle à l'analyse, notamment celle de certaines orientations stratégiques ou conséquences éventuelles de ces orientations. De plus, les Canadiens sont en quête d'informations faisant autorité, fondées sur des preuves et adaptées aux patients qui leur seraient communiquées au moment où on leur remet leur ordonnance ou au moment où elle est exécutée⁶³.

Le Dr Poston préconise des recherches qui permettront d'évaluer de façon critique la qualité de l'utilisation des médicaments :

On a beaucoup insisté sur le coût des médicaments, sans s'intéresser de près à la qualité de l'utilisation des médicaments. C'est grâce à une meilleure qualité de l'utilisation des médicaments que nous pourrions réaliser de véritables économies, du point de vue des coûts et

⁶¹ Dr Jeffrey Poston (4:11-12).

⁶² Ibid. (4:13).

⁶³ Mme Barbara Ouellet (4:20).

*des vies humaines. Les évaluations devraient mettre l'accent sur la valeur des interventions mises au point pour améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments*⁶⁴.

2.4 Qui paie les médicaments au Canada?

La majorité des Canadiens ont une forme quelconque d'assurance pour les médicaments sur ordonnance : programmes gouvernementaux, régimes privés contractés par leur employeur ou régimes individuels (voir tableau 2.4). Les informations fournies au Comité par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Inc. (ACCAP) indiquent qu'environ 97 % de la population canadienne est protégée par une forme ou une autre d'assurance-médicaments. Les estimations de l'Association révèlent également que :

- les régimes d'employeur sont la principale source d'assurance pour les Canadiens, puisqu'ils couvrent 57 % de la population;
- les compagnies d'assurance-médicaments individuelles couvrent 3 % de la population;
- les deux principaux régimes d'assurance-médicaments publics pour les personnes âgées et les assistés sociaux couvrent respectivement 12 et 10 % de la population;
- les programmes provinciaux visant l'ensemble de la population (non limités aux aînés et aux bénéficiaires de l'aide sociale) couvrent 15 % de la population;
- les programmes pour les Indiens inscrits et les Inuits et Innus admissibles couvrent environ 2 % des assurés;
- divers autres régimes (polices individuelles, groupes d'affinité, etc.) couvrent un autre 1 %;
- quelque 3 % de la population canadienne semble ne pas avoir d'assurance du tout pour les médicaments⁶⁵.

TABLEAU 2.4
TYPES DE RÉGIMES

RÉGIMES PRIVÉS	RÉGIMES PUBLICS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Régimes liés à un emploi ▪ Assurance individuelle ▪ Régimes affinité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indiens inscrits, Inuits et Innus admissibles ▪ Anciens combattants ▪ Personnes âgées ▪ Assistés sociaux ▪ Personnes dans des établissements (de santé ou correctionnels) ▪ Régimes universels ouverts à tous les résidents

⁶⁴ Dr Jeffrey Poston (4:13).

⁶⁵ L'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Inc., *Drug Expense Insurance in the Canadian Population*, 1998.

Source : *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, Executive Summary, Applied Management in Association with Fraser Group Trisat Resources, étude soumise à Santé Canada grâce au Fonds pour l'adaptation des services de santé, mars 2000.

Étant donné que la *Loi canadienne sur la santé* ne vise pas les médicaments sur ordonnance utilisés hors du contexte hospitalier, la protection varie considérablement selon la province. De même, les assurances privées pour médicaments offertes dans les régimes d'employeur ou par les assureurs sont toutes très différentes dans leur conception, leurs conditions et leur coût.

Il y a par exemple de grandes différences dans les régimes d'assurance-médicaments⁶⁶ :

- Le gouvernement fédéral offre, dans le cadre du programme des Services de santé non assurés, un régime d'assurance-médicaments aux Indiens inscrits et aux Inuits et Innus admissibles pour les médicaments qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux et territoriaux.
- Anciens combattants Canada offre un régime d'assurance-médicaments à certains anciens combattants admissibles.
- Les membres des forces armées et leurs familles reçoivent une assurance-médicaments du gouvernement fédéral, comme les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Les gouvernements provinciaux fournissent les médicaments aux détenus des établissements provinciaux.
- Certaines provinces ont des programmes universels (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba couvrent tous les résidents; le Québec couvre les résidents sans régime d'assurance-médicaments d'employeur; l'Ontario a un programme qui couvre, en fonction de leurs revenus, les personnes qui paient des coûts de médicaments très élevés).
- Toutes les provinces et les territoires couvrent les assistés sociaux et les personnes âgées dans leur programme d'assurance-médicaments, mais certaines ne couvrent que les personnes âgées à faible revenu.
- Les personnes atteintes de maladies très coûteuses (p. ex., diabète, VIH/sida, cancer, fibrose kystique) sont couvertes dans toutes les provinces.
- Les résidents de centres de soins infirmiers et d'établissements de soins de longue durée obtiennent une assurance-médicaments dans le cadre de régimes provinciaux ou grâce aux subventions dont bénéficie le centre ou l'installation.
- Certains régimes d'assurance-médicaments provinciaux exigent le paiement d'une prime. La majorité n'en exigent pas. D'autres ont des franchises (montant que doit payer l'intéressé avant de pouvoir être remboursé). La majorité des régimes publics provinciaux exigent que les assurés paient une portion des frais d'exécution d'ordonnances en plus de la franchise (participation aux coûts).

⁶⁶ La description sommaire des régimes publics et privés est tirée d'informations contenues dans l'étude *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, Applied Management in Association with Fraser Group, Trisat Resources, étude soumise à Santé Canada grâce au Fonds pour l'adaptation des services de santé, mars 2000.

Beaucoup de régimes limitent le montant total que sont tenus de payer les assurés en participation aux frais et franchises).

- Les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux ont adopté des formulaires (listes) de médicaments que rembourse le régime.

La plupart des gros employeurs et beaucoup de petits employeurs offrent des régimes qui incluent une assurance-médicaments. Dans certains cas, ces régimes s'adressent aussi aux retraités. Les personnes travaillant à leur compte peuvent également acheter une assurance-médicaments individuelle. Les employeurs paient habituellement la prime dans la plupart des régimes d'employeur, mais les employés peuvent aussi être appelés à contribuer : la proportion de régimes exigeant une prime et ceux qui n'en exigent pas est d'environ moitié-moitié. Beaucoup de régimes privés n'ont pas de franchise et quand il y en a une, elle est relativement peu élevée. De nombreux régimes privés exigent une participation aux coûts de la part des assurés (habituellement 20 %), mais un certain nombre n'en prévoient pas.

La composition public-privé de l'assurance-médicaments varie beaucoup au Canada. Les données fournies par IMS Health (Canada) indiquent que l'assurance publique ne couvre que 31 % du coût des médicaments d'ordonnance à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick, alors que les gouvernements sont responsables de plus de 60 % de ces coûts en Saskatchewan, au Québec et au Manitoba (voir tableau 2.5). L'ensemble des résidents des provinces atlantiques ont moins d'assurance publique pour les médicaments d'ordonnance que les résidents d'autres régions du pays.

TABLEAU 2.5
QUI PAIE LES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

PROVINCE	POURCENTAGE DE FONDS PUBLICS	POURCENTAGE D'ASSURANCE PRIVÉE/DÉBOURSÉS PERSONNELS
Colombie-Britannique	40,9 %	59,1 %
Alberta	45,5 %	54,5 %
Saskatchewan	66,1 %	33,9 %
Manitoba	62,2 %	37,8 %
Ontario	42,8 %	57,2 %
Québec	62,2 %	39,8 %
Nouveau-Brunswick	31,1 %	68,9 %
Nouvelle-Écosse	33,3 %	66,7 %
Terre-Neuve	31,1 %	68,9 %

Source : IMS Health (Canada).

2.5 Certains Canadiens sont-ils mieux protégés que d'autres pour ce qui est des frais de médicaments?

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (Santé Canada) a financé une étude sur la gamme et la portée des régimes publics et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance et

sur le problème de la sous-assurance au Canada. Cette étude très exhaustive, intitulée *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, a été remise au Comité⁶⁷.

Les conclusions peut-être les plus frappantes de cette étude sont les variations régionales importantes pour ce qui est des personnes admissibles à une assurance et des niveaux de remboursement prévus dans les régimes d'assurance-médicaments publics. L'étude révèle d'autre part qu'un grand nombre de personnes sont insuffisamment protégées ou pas protégées du tout. Les travailleurs à temps partiel et les personnes à faible revenu sont particulièrement vulnérables parce qu'ils n'ont pas droit au régime d'assurance public et qu'ils n'ont pas accès à un régime de prestations aux employés. L'étude a mené aux conclusions générales suivantes⁶⁸ :

- Quatre-vingt-treize pour cent des Canadiens sont couverts à la fois par un régime d'assurance-médicaments public et un régime privé pour éviter la lourde charge financière que pourrait représenter une pharmacothérapie coûteuse. Environ 4 % des Canadiens sont considérés comme sous-assurés parce que leur assurance ne rembourserait qu'une partie des frais, et 3 % ne sont pas assurés du tout.
- Les résidents des provinces atlantiques, en dehors des personnes âgées et des assistés sociaux et des personnes qui bénéficient de programmes financés par l'employeur, ne sont pas protégés contre des niveaux catastrophiques de dépenses de médicaments.
- Dans toutes les provinces, sauf au Québec, les travailleurs à temps partiel et les personnes à faible revenu risquent davantage que la population de moins de 65 ans d'être sous-assurés ou de ne pas être assurés pour les médicaments courants parce que les régimes collectifs financés par l'employeur n'offrent pas cette couverture ou en offrent très peu.
- Dans toutes les provinces, sauf au Québec, on observe une couverture réduite pour les personnes de 55 à 64 ans.
- Parmi la population autochtone, les Indiens inscrits ou les Inuits et Innus admissibles jouissent d'une bonne protection dans le cadre du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada. Les Métis et les Indiens non inscrits, par contre, risquent davantage que la population non autochtone d'être sous-assurés ou pas assurés du tout.
- Ainsi, le facteur le plus déterminant d'une couverture adéquate pour les frais élevés de médicaments est la province de résidence. Alors qu'un grand nombre de personnes, surtout des personnes âgées, sont protégées contre des dépenses catastrophiques par un régime public, les résidents non âgés de provinces ou de territoires sans programme universel peuvent avoir à supporter un fardeau financier très lourd s'ils ne bénéficient pas d'une assurance-

Les soins de santé à deux vitesses sont bel et bien une réalité. Les premières estimations varient, mais environ 3 millions de Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments, et il est probable que l'assurance dont bénéficie une autre tranche de 3 millions ou plus de Canadiens est inadéquate, en raison des franchises et des quote-parts élevées qui ont été introduites dans de nombreux régimes publics dans les années 90.

⁶⁷ *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*, Executive Summary, Fraser Group Trisat Resources, étude soumise à Santé Canada grâce à la Loi sur l'accès à l'information, mars 2000.

⁶⁸ Ces conclusions sont reprises dans le résumé de l'étude.

médicaments privée financée par leur employeur.

Une autre étude présentée au Comité a permis d'évaluer les changements récents apportés au régime d'assurance-médicaments du Québec et l'effet de la participation aux coûts sur la consommation de médicaments⁶⁹. En 1996, le Québec a rendu l'assurance-médicaments obligatoire. Ainsi, des personnes qui autrefois n'étaient pas assurées ont eu accès à un régime d'assurance-médicaments. Celui-ci exigeait que les bénéficiaires paient une partie de leurs frais d'exécution d'ordonnances. Ceci différait du régime précédent en vertu duquel beaucoup d'assurés – en particulier les assistés sociaux et les personnes âgées touchant le supplément de revenu garanti – recevaient gratuitement leurs médicaments d'ordonnance. L'étude effectuée au Québec a révélé que les personnes âgées et les assistés sociaux avaient considérablement réduit leur consommation de médicaments, qu'il s'agisse de médicaments essentiels ou non essentiels. Elle a également révélé une augmentation du nombre d'événements indésirables, de consultations à l'urgence et de visites chez le médecin attribuables à la diminution de la consommation de médicaments essentiels⁷⁰.

Un certain nombre de témoins ont soulevé la question de l'accès des patients à la pharmacothérapie, en particulier par suite des récents changements apportés au régime public d'assurance-médicaments, qui impose une participation et des franchises plus élevées. À leur avis, si certains patients doivent supporter la totalité ou une partie des coûts de leurs ordonnances, ils renonceront à une pharmacothérapie essentielle. Ces témoins ont précisé que beaucoup de Canadiens n'ont pas une assurance-médicaments suffisante, quand ils en ont une, et ne peuvent se payer les médicaments qu'on leur prescrit. Il s'ensuit évidemment des répercussions importantes sur les coûts et les services d'autres secteurs du système de santé. Par exemple, le D^r Coombs a fait remarquer que :

[...] Si vous haussez le prix des médicaments ou rendez ces derniers moins accessibles, les gens feront exécuter moins d'ordonnances, renouvelleront moins d'ordonnances et utiliseront davantage d'autres ressources de santé. Si vous leur interdisez l'accès aux médicaments, les coûts liés aux hospitalisations augmenteront. Oui, les facteurs économiques représentent un obstacle, et d'autres questions relatives à l'accès en sont un autre⁷¹.

Un certain nombre de témoins ont recommandé que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces, un régime national d'assurance-médicaments. On ne peut citer un modèle en particulier, et un certain nombre de questions complexes devront être prises en considération dans la conception d'un tel régime. Il faudra notamment décider qui doit être couvert (tout le monde, certains groupes de la population tels que les personnes âgées ou les assistés sociaux, etc.), ce qui est couvert (toutes les ordonnances, certaines catégories d'ordonnances, etc.) et comment le régime devrait être financé (trésor public seulement ou combinaison de fonds publics et privés avec franchise, participation aux coûts, etc.). Les témoins ont indiqué que s'il fallait imposer un ticket modérateur, celui-ci devrait être minime; il ne pas représenter un fardeau indu pour les patients.

En outre, une forte controverse existe au sujet des coûts de l'établissement d'un programme national d'assurance-médicaments et de sa viabilité. En 1997, Palmer d'Angelo

⁶⁹ Robyn Tamblyn et al., *Report of the Impact of Prescription Drug Insurance Plan*, résumé, mars 1999.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 22.

⁷¹ D^r Robert Coombs (4:21).

Consulting Inc. a estimé dans une étude le coût du financement de plusieurs modèles d'assurance-médicaments nationaux. Voici un résumé des principales conclusions de cette étude :

- Un régime d'assurance-médicaments national à capitalisation entière, complet et administré publiquement augmenterait les dépenses publiques de médicaments d'ordonnance d'environ 4,3 milliards de dollars.
- D'autres régimes administrés publiquement augmenteraient les dépenses publiques de 2,1 à 2,5 milliards de dollars si les patients payaient une participation ou les frais d'exécution d'ordonnances. Ces régimes reviendraient en fait à « nationaliser » les régimes privés actuels.
- Si l'on avait un régime d'assurance-médicaments national semblable aux régimes qui existent en Saskatchewan et au Manitoba, les dépenses publiques diminueraient de près d'un demi-milliard de dollars. Toutefois, les dépenses des particuliers augmenteraient de 0,9 milliard de dollars.
- L'impact sur le trésor public des régimes publics et privés confondus est très inférieur à ce qu'il serait si ces régimes étaient uniquement publics. L'augmentation des dépenses va de 0,1 milliard de dollars pour un régime semblable à celui qui existe actuellement au Québec, à 1,5 milliard pour un régime qui assure réellement une couverture au premier dollar⁷².

Il est évident que le coût du financement d'un programme national d'assurance-médicaments varierait selon la façon dont il est conçu. Une étude récente du D^r Joel Lexchin indique que, bien qu'un tel système accroîtrait les dépenses publiques, il permettrait néanmoins d'économiser de l'argent en réduisant les coûts administratifs et les frais d'exécution d'ordonnances⁷³. Par contre, on ne sait pas trop quelle serait l'incidence d'un tel programme sur le prix des médicaments. L'expérience internationale révèle que ces coûts continuent d'augmenter à un taux annuel de 8 %.

Le Comité a appris que l'idée d'un formulaire pharmaceutique commun a été discutée au palier provincial-territorial. Après leur conférence d'août 2000, les premiers ministres provinciaux et les chefs des gouvernements territoriaux ont en effet convenu de collaborer et ont « demandé à leurs ministres de la Santé d'élaborer des stratégies pour évaluer les médicaments d'ordonnance. Ces stratégies pourraient inclure la création d'un processus consultatif interprovincial-territorial commun pour évaluer les médicaments susceptibles d'être inclus dans les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires »⁷⁴. On a toutefois fait savoir au Comité que les provinces hésitent à adopter un formulaire pharmaceutique national :

En ce qui concerne le régime d'assurance-médicaments, les gouvernements ont, au début des années 90, présenté une proposition relativement générale portant sur des aspects dont il a été question ici, notamment les formulaires nationaux. Le problème, c'est que les provinces

⁷² Palmer d'Angelo Consulting Inc., *National Pharmacare Cost Impact Study*, septembre 1997.

⁷³ D^r Joel Lexchin, *A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity*, Centre canadien de politiques alternatives, mars 2001.

⁷⁴ 41^e conférence annuelle des premiers ministres : « Les engagements des premiers ministres envers leurs citoyens », *Communiqué de presse*, Winnipeg, 11 août 2000 (également disponible à : http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_f.html).

tentent de gérer leurs ressources de la façon qui répond le mieux aux besoins de leur propre population. Si, par exemple, elles comptent parmi leurs habitants un grand nombre d'ainés, elles feront face à une certaine demande d'accès à des produits pharmaceutiques pour ce groupe de personnes. Si, dans la population, on retrouve un grand nombre de personnes atteintes du sida, les provinces devront également répondre aux besoins de ces malades. Les provinces tentent désespérément de faire en sorte que les médicaments inscrits répondent aux besoins des citoyens. Au fur et à mesure que certains médicaments perdent de leur efficacité et que des médicaments de meilleure qualité sont proposés, peut-on retirer certains produits du formulaire? Pour le moment, je dirais que les provinces n'ont ni le désir ni la volonté d'évoquer la création d'un formulaire national parce qu'elles doivent bénéficier de la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins de leur population qui, soutiennent-elles, diffère de celle d'une autre province⁷⁵.

2.6 Commentaires du Comité

Ces dernières années, on a observé une augmentation marquée des dépenses de médicaments. Les recherches indiquent que cela tient en grande partie à l'utilisation accrue des médicaments et au fait que l'on soit passé de médicaments anciens moins coûteux à de nouvelles formes de pharmacothérapie plus coûteuses, alors que les prix, eux, n'ont pas tellement augmenté. Les témoins ont déclaré au Comité qu'ils pensaient que les dépenses en médicaments allaient à l'avenir représenter une portion encore plus importante des dépenses au titre de la santé.

On sait d'autre part qu'il y a un sérieux problème d'utilisation et de prescription inappropriées de médicaments. On estime à 50 % les patients qui ne se conforment pas au régime posologique ou qui interrompent prématurément leur traitement alors qu'ils souffrent d'un mal chronique. La pharmacothérapie inappropriée coûte cher au système de soins de santé canadien. Le Comité estime qu'il faut absolument se pencher sur ce problème. Il convient avec les témoins que les pharmaciens peuvent jouer un rôle crucial dans la réforme des soins de première ligne et qu'une meilleure intégration du travail des médecins et des pharmaciens pourrait considérablement réduire le fardeau économique que représente cette utilisation inappropriée des médicaments. Le Comité croit par ailleurs que la mise en place de systèmes d'information sur la santé pourrait nettement améliorer les données disponibles sur la prescription et l'utilisation des médicaments. Le système PharmaNet en Colombie-Britannique, par exemple, mérite qu'on s'y arrête, car il fournit aux pharmaciens le dossier complet des médicaments prescrits à chaque résident de la province.

En outre, les témoins ont déclaré au Comité que les Canadiens ne sont pas uniformément couverts pour les médicaments sur ordonnance. Certains ne sont pas du tout protégés, d'autres ont une assurance tout à fait insuffisante. C'est dans les provinces de l'Atlantique que l'absence de couverture pour les médicaments d'ordonnance et la couverture insuffisante font le plus problème. Le Comité estime qu'il est essentiel que les médicaments sur ordonnance soient facilement accessibles lorsqu'ils sont médicalement nécessaires.

Il n'existe pas pour le moment de véritable consensus quant à l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments. On peut envisager tout un éventail de modèles qui

⁷⁵ Barbara Ouellet (4:41).

soulèvent chacun de nombreuses questions. Par exemple, un tel régime devrait-il satisfaire à toutes les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*? Devrait-il être établi en même temps qu'un formulaire pharmaceutique national ou avec les formulaires provinciaux actuels? Comment le régime serait-il financé : fonds publics uniquement, combinaison de fonds publics et privés, participation aux coûts et franchises? D'où viendrait le financement public : impôt général, primes employeur-employé, impôt spécial pour les soins de santé, etc.?

Dans la phase quatre de son étude, le Comité exposera les différentes options possibles à ce sujet.

CHAPITRE TROIS

TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ

La notion de « technologie de la santé » se définit de façon générale par un ensemble de techniques, de matériels, de procédures et de médicaments utilisés par les professionnels de la santé pour assurer des soins à des particuliers de même que les réseaux par lesquels passent ces soins⁷⁶. David Feeny, professeur de pharmacie et de sciences pharmaceutiques à l'université de l'Alberta, a indiqué au Comité que la notion de technologie des soins de santé comprend la technologie intégrée et la technologie non intégrée. La technologie intégrée est « contenue » ou intégrée dans l'artéfact matériel lui-même. Par ailleurs, la technologie non intégrée a trait aux idées et aux procédures et ne fait pas appel à un produit ou un matériel tangible⁷⁷. Le tableau 3.1 donne des exemples de technologies de la santé.

TABLEAU 3.1
EXEMPLES DE TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

TECHNOLOGIE INTÉGRÉE	<i>Appareils, matériel et fournitures :</i> <ul style="list-style-type: none"> Stimulateurs cardiaques, tomодensitomètres assistés par ordinateur (TAO), imageurs à résonance magnétique (IRM), gants chirurgicaux, trousses d'épreuve diagnostique, etc.
	<i>Techniques médicales et chirurgicales :</i> <ul style="list-style-type: none"> Coronarographie, ablation de la vésicule biliaire, etc.
	<i>Médicaments :</i> <ul style="list-style-type: none"> Aspirine, bêta-bloquants, pénicilline, vaccins, produits sanguins, etc.
	<i>Systèmes de soutien :</i> <ul style="list-style-type: none"> Systèmes électroniques de tenue des dossiers des malades, systèmes de télémédecine, banques de sang, laboratoires cliniques, etc.
TECHNOLOGIE NON INTÉGRÉE	<i>Procédures :</i> <ul style="list-style-type: none"> Test de Papanicolaou
	<i>Idées :</i> <ul style="list-style-type: none"> Ambulation précoce après chirurgie, lavage des mains entre chaque malade et le suivant, etc.

Le Comité a appris que les technologies de la santé ont des cycles de vie. Certaines sont bien établies, alors que d'autres en sont à leurs débuts; d'autres encore sont devenues désuètes. Les technologies novatrices sortent aujourd'hui de plus en plus rapidement du laboratoire de recherche pour se retrouver dans le secteur des soins de santé. Par voie de conséquence, si l'innovation est plus rapide, les technologies de la santé deviennent plus rapidement désuètes.

⁷⁶ David Feeny, *The Generation, Evaluation and Application of Health Care Technologies in Canada*, mémoire présenté au Comité, 29 mars 2001, p. 5.

⁷⁷ Les experts incluent souvent les moyens novateurs de financement, d'organisation et de prestation des soins de santé dans la catégorie de la technologie des soins de santé non intégrée.

Le Comité a aussi appris que le Canada ne joue pas un rôle de chef de file en matière de développement de la technologie de la santé. En fait, 70 % des technologies de la santé qui sont en usage au Canada ont été mises au point à l'étranger.

Tous conviennent que la technologie de la santé constitue un élément important de la prestation des soins de santé dans les pays développés. La technologie de la santé peut accélérer un diagnostic et en accroître l'exactitude, guérir d'une maladie, prolonger la vie, soulager la douleur, faciliter la rééducation et maintenir l'autonomie. Toutefois, bien des préoccupations ont été exprimées au Canada concernant la disponibilité, l'évaluation et le coût des technologies de la santé nouvelles et existantes. Le Comité a appris qu'il faut régler ces questions pour que la population canadienne puisse tirer le maximum des avantages offerts par la technologie de la santé, tout en maintenant un système de santé abordable.

La définition de la technologie de la santé n'englobe pas les médicaments, de sorte que nous n'aborderons dans le présent chapitre que des questions se rapportant aux technologies « dures ». Les questions se rapportant aux médicaments font l'objet du chapitre précédent.

3.1 Disponibilité de la technologie de la santé

Selon une étude récente de l'Institut Fraser, le Canada se classe cinquième parmi les pays de l'OCDE au chapitre des dépenses totales en santé (en pourcentage du PIB), mais il arrive en général dans le dernier tiers des pays de l'OCDE au chapitre de la disponibilité des technologies de la santé (voir tableau 3.2). Ainsi, le Canada arrive au 21^e rang sur 28 pays de l'OCDE pour ce qui est de la disponibilité des TAO, 19^e sur 22 pour ce qui est de la disponibilité des appareils de lithotritie extracorporelle et sur 27 pour ce qui est de la disponibilité des IRM. Il ne se classe bien que pour la disponibilité du matériel radiologique, soit 6^e sur 17. L'étude révèle également que ce fossé technologique se creuse. Ainsi, le déficit du Canada pour ce qui est de la disponibilité des IRM a augmenté entre 1985 et 1995 par rapport aux autres grands pays de l'OCDE, dont l'Australie, la France, les Pays-Bas et les États-Unis. Autrement dit, le Canada a un très faible niveau de technologie de la santé par rapport à ce qu'il dépense en soins de santé.

TABLEAU 3.2
DISPONIBILITÉ DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ
COMPARAISON AVEC L'ÉTRANGER, 1997
(Nombre par million d'habitants)

TECHNOLOGIE	CANADA	MOYENNE DE L'OCDE	RANG DU CANADA	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON
<i>Tomodensitomètres assistés par ordinateur</i>	8,1	12,9	21	28
<i>Matériel radiologique</i>	5,3	4,2	6	17
<i>Appareils de lithotritie</i>	0,4	1,4	19	22
<i>Imageurs à résonance magnétique</i>	1,7	3,9	19	27
<i>Dépenses en soins de santé, en % du PIB</i>	9,3	7,7	5	29

Note : Pour certains pays, aucune donnée n'est disponible sur certaines technologies.

Source : David Harriman, William McArthur et Martin Zelder, "The Availability of Medical Technology in Canada: An International Comparative Study." *Public Policy Sources*, No. 28, 2000.

L'étude de l'Institut Fraser révèle également que le Canada tire de l'arrière sur ses concurrents pour ce qui est des technologies de la santé de pointe. Ainsi, 18 technologies de pointe, dont la TAO peropératoire et l'IRM de type « ouvert », sont disponibles dans les États de Washington et de l'Oregon, mais ne le sont pas en Colombie-Britannique.

Selon l'étude, la faible disponibilité de technologies de la santé au Canada a limité l'accès aux soins et allongé le temps d'attente. Ainsi, les temps d'attente pour la TAO, l'IRM et les échographies sont relativement longs et le sont de plus en plus. Plus précisément, le temps d'attente est actuellement de 12 semaines pour une IRM et de cinq semaines pour une TAO. Dans l'ensemble, les temps d'attente ont augmenté de plus de 40 % depuis 1994.

La disponibilité n'est pas le seul problème. Le « vieillissement » de la technologie inquiète également. Ainsi, selon l'information fournie au Comité, entre 30 et 63 % des appareils d'imagerie en usage au Canada sont désuets (voir tableau 3.3). La désuétude d'une technologie dépend de deux facteurs : le nombre d'années d'utilisation du matériel et son efficacité relative pour ce qui est, par exemple, de la qualité des images ou des doses de rayonnement.

Bon nombre de nos appareils de radiographie et autres appareils utilisés dans les hôpitaux ne sont plus fonctionnels, simplement parce qu'ils sont trop vieux pour effectuer le travail pour lequel ils ont été conçus. Il n'est pas rare qu'on utilise du ruban adhésif en toile pour rafistoler le matériel. C'est devenu un sujet de plaisanterie entre nous. On lit des articles à ce sujet dans les médias, mais c'est la vérité. J'en ai moi-même été témoin dans les hôpitaux où je travaille et dans mon secteur.

*Dr John Radomsky, président,
ACR (5:7).*

TABLEAU 3.3
MATÉRIEL RADIOLOGIQUE DÉSUET

TYPE DE MATÉRIEL	POURCENTAGE DE MATÉRIEL DÉSUET
<i>Radiographie générale</i>	63 %
<i>Fluoroscopie</i>	63 %
<i>Échographie</i>	53 %
<i>Angiographie</i>	50 %
<i>Radiographie mobile</i>	50 %
<i>Tomodensitomètres assistés par ordinateur</i>	39 %
<i>Médecine nucléaire</i>	34 %
<i>Mammographie</i>	32 %
<i>Imageurs à résonance magnétique</i>	30 %

Source : Association canadienne des radiologistes, *L'accès à des soins de santé de qualité — Un droit pour les Canadiens, une obligation de nos gouvernements*, mémoire présenté au Comité, mars 2001, p. 4.

Le Comité a appris que la pénurie de nouvelles technologies et l'utilisation de matériel vétuste compromettent l'exactitude des diagnostics et la qualité des traitements. Cette situation, qui peut avoir un effet néfaste sur la santé d'un malade, soulève également des doutes quant à la fiabilité des fournisseurs de soins de santé. Lorsqu'il a comparu devant le Comité, le Dr John Radmonsky, président de l'Association canadienne des radiologistes (ACR), a donné l'exemple suivant :

Dans l'un de nos hôpitaux, nous utilisons plusieurs machines vieilles de 8 à 10 ans. Elles étaient autrefois à la fine pointe de la technologie. On les a entretenues en conséquence. Dans mon cabinet, mon nouvel échographe me permet de dépister des cancers du sein que n'a pas détectés la machine vieille de huit ans que possède l'hôpital. Par conséquent, je ne peux pas faire de biopsie. Nous devons utiliser d'autres tests ou aiguiller la patiente vers un autre centre, ce qui entraîne une augmentation des coûts, sans parler de l'anxiété et des inconvénients pour la patiente. [...] Il est possible que nous passions à côté de quelque chose qui est dangereux pour le patient, ce qui nous place dans une situation intenable⁷⁸.

Il reste à savoir pourquoi le Canada n'adopte pas les technologies de la santé au même rythme que les autres pays de l'OCDE et pourquoi il ne remplace pas régulièrement le matériel vieillissant. En fait, la situation tient à de nombreux facteurs :

- D'une part, le Canada importe la plus grande partie de sa technologie de la santé, contrairement à des pays comme l'Allemagne, la France et les États-Unis, qui possèdent un secteur de la technologie de la santé fort. Il serait peut-être plus facile et moins cher d'acheter du nouveau matériel d'un fabricant canadien que d'un fournisseur étranger.
- D'autre part, tout investissement dans les soins de santé suppose nécessairement des compromis entre technologie de la santé et autres produits et services de santé. Ainsi, même si le Canada est très en retard sur les autres pays pour ce qui est de la disponibilité de la technologie « dure », si nous étendons la définition de technologie aux médicaments, il tire assez bien son épingle du jeu. Par conséquent, si nous investissons relativement moins dans la technologie de la santé, c'est peut-être parce que nous investissons davantage dans d'autres produits et services de santé.
- De plus, la décision d'acheter telle ou telle technologie n'est pas liée au processus d'évaluation de la technologie. Il est difficile pour les organismes d'évaluation d'influer sur l'achat des technologies de la santé lorsque les décisions sont prises à d'autres niveaux du système de santé.
- Mais le plus important, c'est que les compressions budgétaires à tous les niveaux de gouvernement durant les années 70 n'ont pas permis d'investir suffisamment de capitaux dans le système canadien de santé.

Le gouvernement fédéral est fort conscient de notre déficit en matière de technologie de la santé. En septembre 2000, il a annoncé qu'il investirait 1 milliard de dollars en 2000-2001 et en

⁷⁸ Dr John Radomsky, ACR (5:32)

2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à acheter du nouveau matériel médical. Cette aide a été garantie par l'adoption en octobre 2000 d'une mesure législative qui permet aux provinces et aux territoires de commencer immédiatement à faire l'acquisition du matériel diagnostique et clinique nécessaire. Le milieu médical a bien accueilli cette injection de nouveaux fonds fédéraux, mais plusieurs préoccupations demeurent :

- Certaines provinces n'ont pas demandé leur part de ce fonds, sans doute parce que le gouvernement fédéral exige un financement de contrepartie.
- Il ne semble pas que les provinces aient à rendre compte de l'utilisation exacte de cet argent.
- Cette aide financière n'est pas répartie équitablement entre les établissements de santé. Ainsi, l'ACR a dit au Comité que l'aide fédérale à l'Ontario allait entièrement aux hôpitaux, même si la moitié environ de toutes les radiologies se font à l'extérieur du secteur hospitalier, dans des établissements de santé communautaires indépendants.
- L'exploitation du matériel exige des ressources additionnelles. Selon l'ACR, pour un milliard de dollars investis dans du nouveau matériel, il en coûte quelque 700 millions de dollars pour l'exploiter.
- Un tel investissement ne règle pas le problème du vieux matériel qui doit être remis à niveau. Selon l'ACR, cela exigerait un investissement additionnel de 1 milliard de dollars.
- Cette nouvelle aide financière n'élève pas le Canada à un rang comparable à celui des autres pays de l'OCDE.
- Enfin, cette aide financière n'est pas conditionnelle à une évaluation de la technologie de la santé.

L'injection récente de nouveaux fonds fédéraux en santé a été bien accueillie par les contribuables des provinces et les intervenants du système. Toutefois, cela veut aussi dire qu'il importe maintenant, peut-être plus que jamais, de faire porter notre attention sur l'utilisation de ces fonds en adoptant une démarche fondée sur un examen minutieux du bien-fondé des nombreux produits et services concurrents qui sont payés par le système de santé publique. [Traduction]

OCCETS, mémoire, p. 4.

Le Comité a appris que le vieillissement et les attentes plus grandes de la population canadienne influenceront grandement sur les besoins futurs en matière de technologie de la santé. Dans l'ensemble, les témoins ont dit que le déficit actuel en matière de technologie de la santé exige une réévaluation sérieuse de la façon dont le matériel est fourni, financé et réparti au Canada. Ils ont aussi fait valoir que les décideurs de la santé doivent prévoir les besoins futurs et élaborer un plan d'action en conséquence.

Des témoins ont toutefois souligné qu'il ne suffit pas de doter le secteur de la santé de toutes les technologies dont il a besoin pour résoudre tous les problèmes, car il n'y a pas assez de professionnels pour faire fonctionner le

Un bon nombre de maladies prévalent chez les personnes âgées. Il en résulte que plus d'interventions d'imagerie par personne sont effectuées sur des adultes et sur des enfants et plus sur les adultes plus âgés que sur les plus jeunes. Conséquemment, la demande en imagerie croît au même rythme que la population de personnes âgées.

ACR, mémoire, p. 8.

matériel. Selon eux, il faut augmenter le nombre de professionnels, retenir ceux que nous avons et ramener au pays certains d'entre eux qui se sont exilés aux États-Unis ou ailleurs. Cette question est exposée plus en détail au chapitre six, qui porte sur la disponibilité et la répartition des ressources humaines dans le système de santé.

3.2 Évaluation de la technologie de la santé

Pour évaluer la technologie, il faut démontrer et analyser son bien-fondé : sûreté, efficacité clinique et rentabilité. L'évaluation de la technologie de la santé (ETS) porte souvent sur les répercussions sociales, juridiques et éthiques de son utilisation. L'ETS peut se faire à différentes étapes du cycle de vie d'une technologie. Elle contribue de maintes façons à la base des connaissances nécessaires pour améliorer la qualité des soins de santé. Elle peut confirmer que les technologies sont efficaces, qu'elles sont utilisées à bon escient et dans les bonnes conditions et qu'on utilise la moins cher pour obtenir un résultat particulier. De plus, l'ETS peut aider à déterminer si une nouvelle technologie devrait être adoptée ou si une technologie existante devrait être remplacée.

L'évaluation de la technologie de la santé (ETS) est le processus d'évaluation des technologies médicales (appareils, matériels, méthodes et médicaments) et de leur utilisation. Les chercheurs affectés à l'ETS recueillent, résument et évaluent de façon critique les résultats de la recherche sur les technologies médicales. L'évaluation est un travail interdisciplinaire qui peut faire intervenir des analyses de la sûreté et de l'efficacité d'une technologie, de la qualité de vie qu'elle procure et de l'utilisation qu'en font les malades. D'autres facteurs importants peuvent aussi être pris en compte : répercussions économiques, éthiques et sociales, et autres effets imprévus, indirects ou tardifs. [Traduction]

OCCETS, mémoire, p. 2.

Depuis quelques années, les gouvernements fédéral et provinciaux ont appuyé la création de divers organismes d'évaluation des technologies de la santé. Le premier organisme provincial d'ETS au Canada a été créé en 1988 au Québec — le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec*. En 1989, c'était le tour d'un organisme national, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). En Colombie-Britannique, l'Office of Health Technology Assessment a été créé en 1990. En 1996, le Health Technology Assessment Unit était créé sous l'égide de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Des organismes d'utilisation des soins de santé, étroitement liés à leurs gouvernements provinciaux respectifs et chargés de certaines activités d'ETS, ont été créés au Manitoba, en Ontario et en Saskatchewan. À l'échelle nationale, l'OCCETS a comme rôle de coordonner les activités d'ETS de toutes les administrations et de réduire au minimum les chevauchements avec les autres organismes nationaux et provinciaux.

Le Comité a appris que, malgré les efforts de ces organismes, il reste beaucoup à faire en matière d'ETS au Canada. À l'échelle mondiale, le Canada dépense moins à cet égard que d'autres pays. Mme Jill Sanders, présidente et directrice générale de l'OCCETS, a affirmé que, malgré les quelque 4,3 millions de dollars investis par l'Office, sans compter une aide additionnelle du gouvernement provincial, (environ 3 millions de dollars), les fonds consacrés à l'ETS se chiffraient à quelque 100 millions de dollars en Grande-Bretagne. Par conséquent, le Canada adopte souvent des technologies de la santé dans son système de santé alors qu'il en sait très peu sur leur sûreté, leur efficacité et leur coût.

David Feeny⁷⁹ a dit au Comité que, même si le nombre et la portée des ETS au Canada ont augmenté depuis quelques années, les rapports produits par les organismes d'ETS reposent essentiellement sur une synthèse des données existantes. À son avis, ces organismes n'avaient pas les ressources nécessaires pour financer de grandes études et, en particulier, pour réaliser des essais cliniques contrôlés au hasard. En outre, les organismes canadiens se sont relativement peu attardés aux répercussions sociales et éthiques des technologies de la santé.

Le professeur Feeny a aussi soutenu que, si l'objectif du système de santé est de maintenir et d'améliorer l'état de santé des Canadiens, il faut faire davantage pour évaluer les répercussions des technologies de la santé sur la qualité de vie liée à la santé (QVS). Selon lui, si on mesurait davantage les résultats, la QVS par exemple, on pourrait rendre le système de santé sensiblement plus comptable et plus transparent.

Martin Zelder, directeur de la recherche sur les politiques de santé à l'Institut Fraser, a indiqué que le Canada devrait s'inspirer des résultats des ETS effectuées à l'étranger. Selon d'autres témoins toutefois, il ne suffit pas de transposer simplement les résultats des ETS réalisées ailleurs. Il y a des facteurs qui rendent difficile l'application de la recherche étrangère, tels que les différences dans les situations démographiques et sanitaires, les écarts entre les coûts des diverses ressources de santé et les différences entre les pratiques.

Selon le D^r Radomsky, l'ETS au Canada demeure l'apanage des universitaires et des gouvernements; ce n'est pas une réalité qui atteint les utilisateurs de la base. Selon lui, les fournisseurs de soins de santé doivent collaborer avec les experts en ETS à l'élaboration de guides de pratique clinique qui leur permettront d'utiliser le matériel de façon plus efficace et plus rentable. Par conséquent, il faut plus de collaboration et plus de travail multidisciplinaire. Dans la même veine, le D^r Sanders a proposé que les décideurs participent à la conception, à l'exécution et à l'interprétation des études d'évaluation et des activités d'ETS. Cela permettrait d'utiliser les résultats des ETS dans la formulation d'une politique publique de la santé et des soins de santé.

Si les gouvernements ne peuvent compter sur de l'information concernant la sûreté et l'efficacité relatives des différents traitements qui sont proposés à des coûts parfois très variables, ils risquent fort de ne pas faire une utilisation judicieuse de l'argent des contribuables. [Traduction]

OCCETS, mémoire, p. 3.

Dans l'ensemble, les témoins ont souligné l'importance d'investir davantage dans les ETS et la nécessité de faire connaître davantage, et donc d'utiliser davantage, les résultats des ETS.

3.3 Incidence sur le coût des soins de santé

En termes de dépenses et d'efficacité, les technologies de la santé peuvent influencer sur la prestation des soins de santé de quatre façons différentes. En général, une technologie peut être (1) *plus* efficace et *plus* coûteuse; (2) *plus* efficace et *moins* coûteuse; (3) *moins* efficace et *moins* coûteuse; (4) *moins* efficace et *plus* coûteuse⁸⁰. Malheureusement, le Comité a toutefois appris que personne ne sait quelle part exacte occupe la technologie dans les coûts des soins de santé au

⁷⁹ David Feeny, mémoire présenté au Comité, p. 5-6.

⁸⁰ British Columbia Medical Association, *Turning the Tide – Saving Medicare for Canadians, Part I of II: Laying the Foundation for Sustaining Medicare*, document d'information, juillet 2000, p. 31-34.

Canada. Les tentatives pour mesurer la part de la technologie dans les dépenses grandissantes de la santé se sont butées à un manque de données sérieuses. Dans la plupart des études réalisées jusqu'à ce jour, la technologie est considérée comme un élément « résiduel » et se voit attribuer la part de l'augmentation des dépenses de santé que d'autres facteurs plus faciles à identifier ne peuvent expliquer⁸¹.

Par conséquent, nous ne savons pas combien le Canada dépense pour les technologies de la santé ou dans quelle mesure celles-ci influent sur la santé et la qualité de vie de la population canadienne. Il est impossible de savoir si le coût des technologies de la santé « grossit la facture » ou s'il est compensé par une réduction du coût réel des traitements qu'elles permettent. Les témoins ont été unanimes : il faut faire de la recherche dans ce domaine.

3.4 Commentaires du Comité

Le Comité s'inquiète des lacunes technologiques en santé et de l'effet que cela pourrait avoir sur les files d'attente. À notre avis, le droit du malade d'obtenir en temps opportun un diagnostic et un traitement est un objectif crucial à réaliser dans le système de santé canadien. Dans cette perspective, nous saluons l'investissement consenti par le gouvernement fédéral pour aider les provinces et les territoires à financer le nouveau matériel médical. Nous espérons que les diverses préoccupations soulevées au cours des audiences concernant l'utilisation de ces nouveaux fonds seront examinées aussitôt que possible.

Par ailleurs, le Comité convient avec les témoins que l'évaluation de la technologie est une activité essentielle et qu'il faudra procéder à d'autres ETS dès qu'une nouvelle technologie sera introduite ou que du matériel médical existant sera remplacé. Le Comité est aussi conscient qu'il ne se produit actuellement pas assez de données pertinentes et actuelles sur les coûts et les conséquences de l'utilisation des technologies de la santé, et qu'il serait plus profitable pour le système de santé qu'il se fasse plus de recherche à cet égard. Le gouvernement fédéral, dans son rôle de financement de la recherche de pointe en santé, devrait consacrer plus d'argent à l'évaluation des technologies de la santé nouvelles et existantes.

⁸¹ Konrad Fassbender et Melinda Connolly, *An Empirical Review of Health Expenditures and Technology – Part 2 of 5: Literature Review*. Institute of Health Economics, université de l'Alberta, Working Paper Series No. 00-08, 2000 (<http://www.ipe.ab.ca>).

CHAPITRE QUATRE

TENDANCES DE LA MALADIE

La révolution du XX^e siècle dans les soins de santé a considérablement modifié le tableau réel de la morbidité, les causes de mortalité s'étant déplacées des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles. Les maladies chroniques, telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires, sont maintenant les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, tandis que les blessures accidentelles constituent la troisième cause de mortalité. Cependant, certaines maladies infectieuses qu'on croyait vaincues, comme la tuberculose, refont surface et les antibiotiques qui servent à les combattre sont de moins en moins efficaces. Le transport international rapide des aliments et des gens contribue également à augmenter les possibilités de répandre les maladies infectieuses.

L'incidence de la maladie et les tendances diffèrent considérablement entre les hommes et les femmes, entre sous-populations (Autochtones, enfants et jeunes) et entre groupes socio-économiques. Le fardeau économique de la maladie est important et il faut le considérer en incluant non seulement les coûts directs en soins de santé, mais également la perte de productivité et la qualité de vie inférieure.

On craint que les nouvelles maladies et l'augmentation de la fréquence des maladies aient un impact considérable sur les coûts actuels et futurs des soins de santé. Toutefois, de nombreuses causes de maladie, d'invalidité et de décès prématuré sont évitables. On a indiqué que des efforts accrus au chapitre de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, axés en particulier sur les Canadiens à faible revenu et peu scolarisés, doivent demeurer au premier plan des politiques publiques si nous voulons améliorer l'état de santé général et limiter les coûts des soins de santé.

4.1 Tendances des maladies

Les principales causes de décès ont énormément changé au XX^e siècle (voir tableau 4.1). Au début des années 20, les maladies du cœur et du rein étaient les principales causes de décès. Venaient ensuite la grippe, la bronchite et la pneumonie, suivies par les maladies de la petite enfance. La tuberculose a fauché plus de vies que le cancer. Les maladies intestinales, comme la gastrite, l'entérite et la colite, ainsi que les maladies transmissibles telles que la diphtérie, la rougeole, la coqueluche et la scarlatine se trouvaient parmi les principales causes de mortalité.

TABLEAU 4.1
PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ
(taux pour 100 000 personnes)

1921-1925	
Maladies cardiovasculaires et rénales	221,9
Grippe, bronchite et pneumonie	141,1
Maladies de la petite enfance	111,0
Tuberculose	85,1
Cancer	75,9
Gastrite, duodénite, entérite et colite	72,2
Accidents	51,5
Maladies transmissibles	47,1
ENSEMBLE DES CAUSES	
	1 030,0
1996-1997	
Maladies cardiovasculaires (maladie de cœur et ACV)	240,2
Cancer	184,8
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	28,4
Blessures non intentionnelles	27,7
Pneumonie et grippe	22,1
Diabète sucré	16,7
Affections héréditaires et dégénératives du système nerveux central	14,7
Maladies des artères, des artéioles et des capillaires	14,3
ENSEMBLE DES CAUSES	
	654,4

Note : Les catégories de maladies ne sont pas identiques au fil du temps. Les taux de 1996-1997 sont normalisés selon l'âge.

Source : Susan Crompton, « 100 Ans de santé », *Tendances sociales canadiennes*. Statistique Canada, n° 11—008 au catalogue, n° 59, hiver 2000, p. 13.

Les programmes de santé publique, combinés à l'utilisation massive de vaccins et d'antibiotiques, ont bouleversé la situation. Aujourd'hui, la maladie cardiovasculaire demeure la principale cause de décès au Canada, mais son incidence sur la mortalité a diminué énormément au cours des 70 dernières années, probablement en raison des changements dans les styles de vie (réduction du tabagisme, régime faible en matières grasses, davantage d'exercice) et des améliorations du traitement (nouveaux médicaments et techniques médicales/chirurgicales améliorées). Par ailleurs, le cancer est devenu la deuxième cause de mortalité au Canada, par comparaison à la cinquième en 1921.

4.1.1 Maladies infectieuses

Le Dr Paul Gully, directeur général intérimaire du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (Santé Canada), a dit au Comité que certaines maladies infectieuses sont contrôlées ou pratiquement éliminées, mais que bon nombre demeurent. Il a même déclaré que : « depuis 1980 au Canada, le taux de décès attribuables aux maladies infectieuses a

augmenté »⁸². Les maladies infectieuses constituent un fardeau économique considérable : leur coût a dépassé 6 milliards de dollars en 1998⁸³. Le D^r Gully relève sept tendances de maladies infectieuses qui menacent les Canadiens :

- De nombreuses maladies infectieuses, telles que le sida et l'hépatite C, persistent.
- On relève de nouvelles menaces de maladie, notamment la maladie de la vache folle et le colibacille ainsi que le virus du Nil occidental.
- Les voyages et les migrations mondiales favorisent l'apparition de nouvelles maladies parmi la population.
- Les changements environnementaux - réchauffement climatique, déboisement, contamination de l'eau - causent parfois des infections comme la maladie de Lyme.
- Les modifications du comportement, notamment les pratiques sexuelles à risque et la toxicomanie, peuvent favoriser la propagation du VIH et d'autres maladies.
- La résistance à l'immunisation pourrait causer la réapparition de la polio et de la rougeole, par exemple.
- La résistance antimicrobienne peut réduire l'efficacité des mesures curatives traditionnelles⁸⁴.

4.1.2 Maladies chroniques

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, effectuée en 1998-1999, plus de la moitié des Canadiens, ou 16 millions de personnes, ont déclaré avoir une maladie chronique. Les maladies les plus fréquentes sont les allergies, l'asthme, l'arthrite, les maux de dos et l'hypertension⁸⁵. Dans une communication écrite au Comité, le D^r David MacLean, directeur du Département de la communauté et de l'épidémiologie de l'université Dalhousie, fait remarquer ceci :

Les maladies chroniques non transmissibles constituent présentement le principal fardeau en matière de santé dans les pays développés comme le Canada. Elles sont de loin la cause la plus importante de mortalité, de décès prématuré, de morbidité et de la perte d'années de vie potentielles au Canada. Elles sont la principale cause d'invalidité, de la perte de productivité et de la détérioration de la qualité de vie⁸⁶.

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité au Canada, soit 37 % de tous les décès. La mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires est en régression depuis 1970 chez les hommes et les femmes, quoique moins rapidement chez les femmes. Le cancer sous ses nombreuses formes est la deuxième cause de mortalité et la principale cause de perte d'années de vie potentielles avant 70 ans (plus du tiers de la perte des années de vie potentielles). Le

⁸² D^r Paul R. Gully, *Tendances des maladies infectieuses au Canada*, mémoire au Comité, 4 avril 2001, p. 2.

⁸³ D^r Paul Gully, mémoire, p. 5.

⁸⁴ D^r Paul Gully (6:10-11).

⁸⁵ D^{re} Christina Mills, *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, mémoire présenté au Comité, 4 avril 2001, p. 4.

⁸⁶ D^r David MacLean, *Addressing the Burden of Chronic Disease in Canada*, mémoire présenté au Comité, 3 avril 2001, p. 1.

cancer touche principalement les Canadiens âgés : 70 % des nouveaux cas et 82 % des décès attribuables au cancer surviennent chez les personnes de 60 ans et plus. Les taux de décès attribuables au cancer diminuent lentement chez les hommes depuis 1990, tandis qu'ils sont demeurés relativement stables chez les femmes pendant la même période. Toutefois, les taux de cancer du poumon chez les femmes sont présentement quatre fois plus élevés qu'ils ne l'étaient en 1971.

Des témoins ont identifié certains des facteurs influant sur l'incidence des maladies chroniques. Plus précisément, l'alimentation déficiente, le manque d'exercice, le tabagisme, le stress, l'abus d'alcool et l'obésité sont tous considérés comme des facteurs de risque de maladie chronique.

Le D^r MacLean fait observer que la plupart des maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiaques, le diabète et les maladies respiratoires, sont « complètement évitables » et, de plus, que les facteurs sociaux et biologiques des maladies chroniques « peuvent être manipulés »⁸⁷.

À son avis, on a plutôt tendance à se concentrer sur le traitement des maladies chroniques plutôt que sur leur prévention. Il affirme que la stratégie

la plus courante concernant les maladies chroniques « a consisté à aborder la question surtout comme un problème clinique et à investir des ressources importantes de soins de santé dans la mise en place de services spécialisés faisant appel à des technologies de pointe pour le diagnostic et le traitement »⁸⁸. Le D^r MacLean fait remarquer que la volonté politique est limitée lorsqu'il s'agit d'augmenter les ressources en prévention, car « les résultats du travail de prévention sont visibles à long terme. Il n'y a pas de gain à court terme. Pour certains intervenants du processus politique, la prévention n'est pas intéressante »⁸⁹.

Chez les Canadiens de plus de 65 ans, 85 % présentent un facteur de risque modifiable de maladie cardiaque. Près des deux tiers de l'ensemble des Canadiens ont un style de vie sédentaire et plus de la moitié ont des kilos en trop.

D^{re} Christina Mills, directrice générale, CPCMC, Santé Canada, (6:8).

4.1.3 Blessures

En 1995-1996, il y a eu 217 000 admissions à l'hôpital attribuables à des blessures. Les taux d'admission à l'hôpital en raison de blessures étaient de loin les plus élevés chez les personnes de 65 ans et plus. Le taux d'admission à l'hôpital pour blessures était inférieur chez les moins de 45 ans. Les chutes demeurent une cause importante de blessure chez les aînés et les enfants de moins de 12 ans. Chez les enfants, en 1996, l'empoisonnement constituait la deuxième cause en importance des admissions à l'hôpital en raison de traumatisme. Quant aux adolescents et aux adultes de moins de 65 ans, les collisions de véhicules automobiles constituaient la deuxième cause en importance. La grande majorité des blessures sont accidentelles (environ 66 %)⁹⁰. Dans sa communication, la D^{re} Christina Mills, directrice générale du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) à Santé Canada, signale que chaque année les blessures entraînent des coûts directs de 9,5 milliards de dollars, qui s'ajoutent aux 4,7 milliards de coûts d'indemnisation. La plupart de ces blessures peuvent être évitées⁹¹.

⁸⁷ D^r David MacLean (6:14).

⁸⁸ D^r David MacLean, mémoire présenté au Comité, p. 4.

⁸⁹ D^r David MacLean (6:16).

⁹⁰ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Toward a Healthy Future – Second Report on the Health of Canadians*, Ottawa, 1999, p. 19.

⁹¹ D^{re} Christina Mills, mémoire présenté au Comité, p. 10.

4.1.4 Maladie mentale

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 révèle que 29 % des Canadiens connaissent un niveau élevé de stress : 6 % se sentent déprimés, 16 % indiquent que le stress a des effets nuisibles sur leur vie et 9 % ont une déficience cognitive telle que des difficultés à penser et à se souvenir. Selon le rapport préparé à l'intention du Réseau de consultation fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale, 3% des Canadiens souffrent de troubles mentaux graves et chroniques pouvant engendrer des limites fonctionnelles graves et une mesadaptation sociale et économique, comme la maladie affective bipolaire et la schizophrénie. Autrement dit, un Canadien de 15 ans et plus sur 35 est atteint ⁹².

Le stress et les troubles mentaux qui aboutissent à la maladie mentale peuvent se manifester à différentes périodes de la vie. L'autisme, les problèmes de comportement et le trouble déficitaire d'attention affectent plus communément les enfants. Les troubles de l'alimentation et la schizophrénie se manifestent surtout à l'adolescence. L'âge adulte est la période au cours de laquelle la dépression se manifeste de manière plus évidente. Les années de la vieillesse sont touchées par la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démence, bien que la dépression soit également plus fréquente chez les personnes âgées.

4.1.5 Le fardeau économique de la maladie

Selon les données fournies au Comité, on estimait le coût total de la maladie à 156,4 milliards de dollars en 1998. Les coûts directs (tels que les soins à l'hôpital, les services des médecins et la recherche sur la santé) s'élevaient à 81,8 milliards de dollars, tandis que les coûts indirects (comme la productivité perdue) représentaient 74,6 milliards. Les catégories de diagnostic dont les coûts sont les plus élevés comprennent les maladies cardiovasculaires, les maladies squelette-musculaires, le cancer, les blessures, les maladies respiratoires, les maladies du système nerveux et les troubles mentaux.

Le fardeau économique des troubles de santé mentale était estimé à 14 milliards de dollars en 1998. Par ordre d'importance, les maladies et les troubles mentaux sont au septième rang de l'ensemble des maladies en ce qui concerne les coûts généraux de la maladie. On estime que la maladie mentale est la deuxième cause principale d'hospitalisation chez les 20-44 ans, période de la vie normalement la plus productive.

4.2 Déterminants d'un bon ou mauvais état de santé

Les problèmes de maladie sont complexes. Cette complexité est attribuable au fait qu'un bon ou un mauvais état de santé dépend de différents facteurs tels que la constitution biologique et génétique, le milieu physique et les conditions socio-économiques dans lesquelles vit la personne. Mais, chose plus importante encore, l'interaction entre ces différents facteurs peut influencer grandement sur l'état de santé. À titre d'exemple, le D^r MacLean fait remarquer que : « La maladie résulte habituellement de l'interaction entre la constitution génétique d'un individu et les facteurs

⁹² Kimberly McEwan et Elliot Goldner, *Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports: A Resource Kit*, document préparé pour le Réseau de consultation fédéral---provincial-territorial sur la santé mentale, Ottawa, Santé Canada, 2000, p. 30.

environnementaux généraux »⁹³. Ces propos sont repris par la D^{re} Mills, qui déclare que de nombreux états pathologiques graves ont en commun les mêmes facteurs de risque et, de plus, plusieurs facteurs de risque se retrouvent souvent chez un même individu⁹⁴.

D'après de nombreux spécialistes, le statut socio-économique est le facteur qui influe le plus sur la santé. Quelle que soit la façon dont les gens évaluent leur propre santé, la mortalité prématurée, le bien-être psychologique ou l'incidence d'une maladie chronique, le statut socio-économique est toujours étroitement lié à l'état de santé. Les différences dans l'état de santé sont déjà évidentes lorsque l'on compare les groupes à faible revenu et les groupes à revenu élevé. Les Canadiens à faible revenu et peu scolarisés (les deux sont souvent liés) sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé, quelle que soit la mesure de santé appliquée. Par ailleurs, la santé s'améliore pratiquement pour toutes les mesures et tous les facteurs qui influent sur la santé à mesure que les niveaux de revenu et de scolarisation augmentent. Les Canadiens à faible revenu sont également susceptibles de mourir plus jeunes que les autres Canadiens, sans égard à la cause de mortalité examinée. Mais il est également possible d'observer le rapport entre l'état de santé et les niveaux de revenu faible, moyen ou élevé dans pratiquement toutes les évaluations de la mortalité et de la morbidité. Autrement dit, les Canadiens dont le revenu est élevé sont vraisemblablement en meilleure santé que les Canadiens à revenu moyen, qui à leur tour ont une meilleure santé que les Canadiens à faible revenu. En effet, si les taux de mortalité des personnes à revenu élevé étaient appliqués à l'ensemble des Canadiens, on estime que le cinquième de toutes les pertes d'années de vie potentielles avant l'âge de 65 ans pourraient être évitées.

4.3 Nécessité de promouvoir la santé et de prévenir la maladie

Un fil conducteur se retrouve dans tous les exposés des témoins : il faut investir davantage dans les stratégies de prévention et de promotion. Les témoins ont souligné le fait que, présentement, on a plutôt tendance à se concentrer sur le traitement des maladies que sur leur prévention. À leur avis, le traitement clinique a constitué la stratégie la plus commune et il y a eu seulement une volonté politique limitée d'augmenter les ressources en promotion de la santé et en prévention de la maladie, car les résultats du travail de prévention ne sont habituellement visibles qu'à long terme et sont, par conséquent, moins attrayants sur le plan politique.

Nous n'avons certainement pas ce qu'on pourrait appeler une « dose préventive » de programmes de prévention au Canada, et nous avons malheureusement l'habitude de gérer les choses à la pièce.

*D^{re} Christina Mills, directrice générale,
CPCMC, Santé Canada (6:9).*

Les témoins ont fait ressortir que des stratégies appropriées de prévention de la maladie et de promotion de la santé permettraient de prévenir un bon nombre des maladies chroniques et infectieuses ainsi que la plupart des blessures. Selon la D^{re} Mills, l'investissement dans la promotion et la prévention constitue le seul moyen de renverser les tendances de la maladie et de réduire le fardeau associé à celle-ci :

⁹³ D^r David MacLean, communication au Comité, p. 3.

⁹⁴ D^{re} Christina Mills (6:6 et 6:8).

Notre seule chance de ralentir ou d'inverser le taux de croissance [du fardeau économique de la maladie] est d'investir dans la prévention efficace en amont. Il est tout à fait reconnu maintenant que le manque de préparation à l'augmentation du fardeau attribuable au vieillissement de la population constitue une menace pour la viabilité de notre système de soins de santé, mais il est moins généralement admis que notre défaut d'investir en amont constitue une menace aussi considérable, et peut-être même plus considérable pour la viabilité⁹⁵.

Les témoins ont insisté sur la nécessité d'inciter les gens à faire les choix judicieux concernant leur propre santé. Ils laissent entendre que, jusqu'à présent, les stratégies visant à imposer un bon comportement n'ont pas eu beaucoup de succès, et font remarquer qu'une partie du défi repose sur la création d'un contexte qui permette aux gens de faire eux-mêmes de bons choix en matière de santé.

Il faut que les efforts de prévention et de promotion soient adaptés et flexibles. Il n'existe pas de stratégie « universelle ». À titre d'exemple, les tendances des maladies transmises sexuellement se modifient à mesure que les pratiques sexuelles changent et, par conséquent, elles exigeront toujours de nouvelles stratégies de prévention et de promotion. À cet égard, il est important de s'assurer de l'actualité du marketing de l'information sur la santé. Les témoins ont souligné, par exemple, que le *Guide alimentaire canadien* est une bonne initiative, mais que la promotion de l'ouvrage n'a pas été efficace et que le guide n'a pas été mis à jour ni adapté au fil des années.

Les stratégies doivent également reconnaître le lien entre les collectivités saines et la santé des citoyens. Par exemple, les gens sont probablement moins enclins à faire de la bicyclette ou du jogging si les rues ne sont pas sûres. Les programmes communautaires efficaces allient une compréhension de la communauté à la participation du public et à la collaboration des organismes communautaires. Les approches qui s'attaquent à plusieurs facteurs de risque et qui procurent des avantages multiples comprennent le soutien aux familles à risque, des programmes complets de promotion de la santé à l'école et des programmes complets de santé et de sécurité au travail.

De plus, comme la maladie et les blessures ne sont pas uniformément réparties dans les populations, les stratégies doivent tenir compte des liens entre l'état de santé et les facteurs démographiques et environnementaux, tels que l'âge, la race, la région de résidence et le sexe. Il faut par conséquent que les stratégies tiennent compte des tendances de la maladie et des blessures dans des groupes démographiques particuliers, tels que les Autochtones. Par exemple, les suicides et les accidents d'automobile touchent de manière prédominante les jeunes hommes et les jeunes

Le Dr MacLean fait écho à cette recommandation : « Nous n'avons pas fait de publicité pour [le Guide alimentaire canadien] du tout. Au cours des dix dernières années, nous n'avons pas dépensé pour ce guide ce que Kellogg's dépense en une semaine. Ces choses ne se communiquent pas par osmose. Si nous voulons changer les habitudes, notamment après qu'elles sont acquises, il faut faire un effort.

Dr David MacLean, université Dalhousie (6:24).

Il faut créer des collectivités en meilleure santé au Canada, car il existe de nombreux obstacles à la santé dans nos collectivités et à l'échelle locale.

*Dr David MacLean,
université Dalhousie (6:15)*

⁹⁵ D^{re} Christina Mills (6:7).

Autochtones. Les adultes de 65 ans et plus sont touchés surtout par les chutes, et les accidents sont la principale cause de décès chez les enfants. Il faut que les stratégies soient adaptées aux situations de chaque groupe et qu'elles soient ciblées en fonction des groupes qui profiteront le plus de la prévention.

De nombreux témoins ont attiré l'attention sur la nécessité de la collaboration intergouvernementale, pour mettre en application les programmes de prévention et de promotion. Ils font remarquer que les trois ordres de gouvernement devraient conjuguer leurs efforts, étant donné la complexité et les multiples facettes des problèmes de santé. Le D^r MacLean recommande que :

le gouvernement fédéral utilise sa méthode éprouvée pour influencer les provinces, à savoir le dollar à 50 cents. Le gouvernement fédéral pourrait commencer par établir une priorité politique qui consisterait à essayer d'augmenter l'infrastructure de la prévention, parce qu'il doit travailler avec les provinces sur ces questions.

...

Il n'y a jamais eu de partage des coûts dans le domaine de la santé publique⁹⁶.

Plusieurs facteurs de risque sont souvent associés à une même maladie, et cela pose problème lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les stratégies globales de prévention et de promotion doivent par conséquent tenir compte autant des liens entre les facteurs de risque que des liens entre l'état de santé et les facteurs socio-économiques, démographiques et environnementaux. Parmi les approches qui tiennent compte de plusieurs facteurs de risque et qui peuvent comporter de multiples avantages, citons les programmes de soutien des familles à risque, les programmes complets de promotion de la santé à l'école et les programmes complets de santé et de sécurité au travail. De telles approches peuvent faire partie d'une stratégie plus vaste visant la santé de la population.

4.4 Stratégie relative à la santé de la population

Les témoins ont expliqué que plusieurs questions clés concernant les stratégies relatives à la santé de la population tournent autour des difficultés liées à la manière de traduire les résultats de la recherche en politiques réelles et applicables. À leur avis, il n'y a pratiquement pas de doute que les stratégies de la santé contribuent à améliorer la santé, mais dans la pratique il reste des obstacles importants à surmonter entre l'expression de vœux pieux et la conception de programmes concrets qui soient viables à long terme.

En premier lieu, la multiplicité des facteurs qui influencent l'état de santé fait qu'il est extrêmement difficile d'associer la cause et l'effet, notamment parce que les effets sont souvent ressentis seulement plusieurs années après l'exposition à la cause. On a prévenu le Comité que ce

⁹⁶ D^r David MacLean, université Dalhousie (6:25).

décalage signifie également que la période de référence permettant d'évaluer l'impact de la politique en ce domaine est une période à long terme. Les perspectives politiques étant souvent par nature à court terme, cela peut constituer un obstacle important pour l'élaboration et la mise en application de stratégies sur la santé de la population.

De plus, comme il est mentionné précédemment, une vaste infrastructure existe déjà pour le traitement de la maladie, ce qui maintient en place de nombreux intérêts bien enracinés dans le système. Les témoins ont expliqué que ce n'est pas nécessairement parce que les soignants s'opposent à la promotion de la santé, c'est plutôt le contraire. C'est simplement qu'il faut déployer des ressources colossales uniquement pour soutenir l'infrastructure actuelle des soins de santé, ce qui laisse peu de temps, d'énergie et de capitaux à investir dans le volet prévention, ou bien-être, du système.

De plus, le Comité a appris qu'en raison de la diversité des facteurs influant sur l'état de santé, il est très difficile de coordonner l'activité gouvernementale dans le secteur de la santé de la population. Le système de soins de santé lui-même étant responsable d'un pourcentage relativement faible des déterminants réels de la santé, la responsabilité de la santé de la population ne peut incomber exclusivement aux différents ministères de la Santé. De plus, la structure de la plupart des gouvernements ne se prête pas facilement à la réglementation interministérielle de problèmes complexes, et cette difficulté est considérablement aggravée lorsque les différents ordres de gouvernement et les nombreux intervenants non gouvernementaux entrent en jeu, comme il se doit.

À titre d'exemple, la preuve de l'existence de gradients de la santé correspondant aux niveaux socio-économiques est assez concluante. En conséquence, si l'on veut promouvoir la santé, il faut s'attaquer résolument au problème de la pauvreté. Or évidemment, un grand nombre de politiques gouvernementales ont une incidence sur la pauvreté au pays, et il serait impossible de charger le ministère de la Santé de l'ensemble des outils politiques en cause, ne serait-ce que parce que les autres ministères y verraient, et à raison, une forme d'«impérialisme de la santé». Il est plutôt aberrant, comme l'a fait remarquer un témoin, d'argumenter en faveur de la réduction de la pauvreté seulement dans la mesure où elle touche la santé. Toute initiative en ce sens devrait être l'aboutissement de l'orientation socio-politique globale du gouvernement pas seulement de sa politique en matière de santé.

Il est important de reconnaître que les déterminants sociaux de la santé sont liés et que les gens les plus atteints par la maladie font partie des catégories socio-économiques inférieures. Il est également important d'associer nos politiques économiques et sociales à la santé si nous voulons faire une percée dans ces problèmes.

Dr David MacLean, université Dalhousie (6:15).

Dans l'ensemble, les témoignages laissent entendre que l'ensemble des stratégies relatives à la santé de la population devraient être soigneusement pensées afin de tenir compte des réalités propres aux diverses collectivités. Cela signifie que des programmes rigides appliqués d'une manière uniforme et hautement centralisée mèneraient probablement à l'échec. Il semble donc qu'il faudrait allier coordination des efforts et mise en œuvre décentralisée.

Bien que de nombreuses difficultés soient associées à l'élaboration d'une approche efficace en matière de santé de la population, les témoins prétendent qu'il est important pour le gouvernement fédéral de continuer à essayer de donner l'exemple en explorant des voies

innovatrices pour passer de la théorie à la pratique saine qui contribuera à l'amélioration des résultats en matière de santé au Canada.

4.5 Recherche

Bon nombre de témoins ont signalé au Comité la nécessité d'intensifier la recherche, notamment dans certains domaines. Souvent, l'argent est dépensé sans recherche épidémiologique suffisante pour orienter les investissements. Par exemple, des milliards de dollars ont été dépensés pour les programmes de dépistage du cancer du sein, mais il y a eu peu de recherches sur la physiologie et la biologie de cette maladie ou sur l'interaction des facteurs de risque qui contribuent à son développement.

Le D^r MacLean a également affirmé devant le Comité qu'il faut davantage de recherche sur les stratégies de prévention. Il a attiré l'attention sur les augmentations de budget pour les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS), mais se demandait si ces nouvelles ressources seraient consacrées à la promotion de la santé et à la recherche sur la maladie. La D^{re} Mills a fait remarquer que le mandat élargi des IRSC offre « une occasion de soutenir la recherche supplémentaire nécessaire en vue de déterminer les méthodes les plus efficaces pour susciter un changement de comportement durable »⁹⁷.

Au sujet de la recherche sur les maladies chroniques, les témoins ont dit au Comité qu'essentiellement le problème n'est pas un manque de données ou de recherche, mais un manque de connaissances sur la manière d'utiliser les résultats des recherches pour la mise en œuvre de stratégies de prévention. À cet égard, la recherche est nécessaire pour déterminer les meilleures façons de partager l'information sur la santé avec les gens et, plus particulièrement, les meilleures façons d'acheminer cette information aux membres des groupes socio-économiques moins nantis ou aux personnes qui ont de la difficulté à lire et à écrire.

En ce qui concerne la recherche sur les maladies infectieuses, selon le D^r Gully, bien que les ressources soient attribuées à des projets de recherche, tels que les IRSC et le laboratoire de Santé Canada à Winnipeg, « il est toujours difficile de demander des fonds d'urgence pour contrer les nouvelles menaces »⁹⁸ [maladies infectieuses]. Il a attiré l'attention sur la difficulté d'équilibrer les ressources attribuées aux menaces immédiates et celles qui sont prévues pour d'autres problèmes moins immédiats.

Quant à la maladie mentale, les témoins ont insisté sur la nécessité d'investir davantage dans la recherche appliquée. À leur avis, les fonds de recherche pour les maladies mentales et la santé mentale sont nettement insuffisants par rapport au fardeau économique des maladies et troubles mentaux. On a proposé que le gouvernement fédéral prenne les devants pour promouvoir un vaste programme de recherche sur la santé mentale.

Les témoins ont signalé qu'il faudrait consacrer davantage d'argent à l'infrastructure de communication des résultats des recherches sur la santé. Selon le D^r Gully, un financement fédéral en ce domaine permettrait de recueillir des données dans l'ensemble des provinces et des territoires et d'en favoriser le partage entre eux. Il a souligné que l'Internet est l'outil tout désigné

⁹⁷ Christina Mills (6:9).

⁹⁸ Paul Gully (6:26).

pour cela. Ces propos ont été repris par le D^r MacLean, qui a fait part au Comité de la création en Nouvelle-Écosse d'un site Web de promotion de la santé offrant aux visiteurs des renseignements sur la santé.

4.6 Commentaires du Comité

Bien que les témoins aient abordé toute une série de questions, ils ont surtout mis l'accent sur la nécessité d'accroître les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé. Les témoins ont fait remarquer que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle important dans la prévention de la maladie et la promotion de styles de vie sains. Ils ont de plus laissé entendre que des programmes pertinents et globaux de prévention de la maladie et de promotion de la santé auraient des effets importants sur la santé des Canadiens ainsi que sur le système canadien de soins de santé. De tels programmes amélioreraient la qualité de vie, augmenteraient la productivité, réduirait l'invalidité non intentionnelle ainsi que la mort prématurée et allégeraient le fardeau économique de la maladie.

Le Canada est un des pays les plus sains du monde, où l'espérance de vie est élevée, les taux de mortalité infantile sont faibles et la qualité de vie est bonne. Ces succès ne doivent cependant pas dissimuler les défis qu'il nous reste à relever. Les maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiaques et les troubles respiratoires, sont les principales causes de mortalité au Canada. Des maladies qui avaient presque disparu, comme la tuberculose, refont surface et l'augmentation de la mobilité internationale a accéléré la propagation d'autres maladies. De plus, en 1997, les accidents ont fait plus de 13 000 victimes au Canada. Enfin, la prévalence des maladies varie d'un groupe démographique ou d'une population à l'autre, frappant en particulier les peuples autochtones, les enfants et les pauvres.

De nombreux facteurs influent sur les résultats en matière de santé. Les stratégies relatives à la santé de la population sont des politiques générales qui tiennent compte de tous ces déterminants de la santé dans le but d'améliorer la santé d'une population entière. Le principal objectif des efforts dans le domaine de la santé de la population est d'éviter les problèmes de santé afin qu'il ne soit pas nécessaire de les traiter dans le système de soins de santé. Ces stratégies peuvent sensiblement contenir la demande de services de santé et réduire le fardeau économique de la maladie.

Le Comité est d'accord avec les témoins sur le rôle précis du gouvernement fédéral dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Parallèlement, le gouvernement fédéral a été reconnu comme un chef de file mondial en ce qui concerne l'élaboration du concept de santé de la population. À notre avis, il devrait, une fois de plus, faire preuve de leadership dans la mise en oeuvre d'une stratégie concernant la santé de la population pour tous les Canadiens. C'est une tâche faisable, étant donné son rôle actuel dans de nombreux secteurs qui touchent la santé, tels que l'environnement, la politique économique et la sécurité en milieu de travail.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, February 6, 2002 (*in camera*)

Issue No. 46 (Volume 2 of 2)

Forty-first meeting on:
The state of the health care system in Canada

INCLUDING:
THE FIFTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE
The state of the health care system in Canada,
Interim Report entitled:
"Volume Two — Current Trends
and Future Challenges"
(Chapters Five to Eleven)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

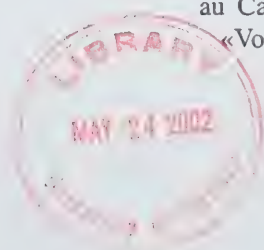
Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 6 février 2002 (à huis clos)

Fascicule n° 46 (Volume 2 de 2)

Quarante et unième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

Y COMPRIS:
LE QUINZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
L'état du système de soins de santé
au Canada, rapport intérimaire intitulé:
«Volume deux: Tendances actuelles
et défis futurs»
(chapitres cinq à onze)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (*February 6, 2002*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (*le 6 février 2002*).

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on
the state of the health care system in Canada

The Health of Canadians – The Federal Role
Volume Two: Current Trends and Future Challenges

Chair

The Honourable Michael J. L. Kirby

Deputy Chair

The Honourable Marjory LeBreton

JANUARY 2002

TABLE OF CONTENTS

<u>TABLE OF CONTENTS</u>	i
<u>ORDER OF REFERENCE</u>	v
<u>SENATORS</u>	vi
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPTER ONE:</u>	5
<u>THE IMPACT OF POPULATION AGING ON THE HEALTH CARE SYSTEM</u>	5
1.1 <u>Population Aging</u>	5
1.2 <u>The Impact of Population Aging</u>	6
1.3 <u>Caring for Canadian Seniors</u>	11
1.3.1 <u>Providing a Continuum of Care</u>	11
1.3.2 <u>Primary Care Reform</u>	13
1.3.3 <u>Wellness Promotion and Illness Prevention</u>	13
1.3.4 <u>New Methods of Funding</u>	14
1.3.5 <u>Public Policy: Long-Term Horizon</u>	15
1.3.6 <u>A Unique Approach to Residential Long-Term Care</u>	16
1.4 <u>Committee Commentary</u>	16
<u>CHAPTER TWO:</u>	19
<u>SPENDING ON DRUGS IN CANADA</u>	19
2.1 <u>Trends in Spending on Drugs</u>	19
2.2 <u>Cost Drivers</u>	22
2.2.1 <u>Trends in Drug Utilization</u>	22
2.2.2 <u>Trends in Drug Prices</u>	23
2.2.3 <u>Trends in the Types of Drugs Prescribed</u>	25
2.2.4 <u>Cost Driver Analysis</u>	25
2.3 <u>Appropriate Drug Therapy</u>	26
2.4 <u>Who Pays for Drugs in Canada?</u>	29
2.5 <u>Do Some Canadians Have Better Coverage for Drug Costs than Others?</u>	32
2.6 <u>Committee Commentary</u>	35
<u>CHAPTER THREE:</u>	37
<u>HEALTH CARE TECHNOLOGY</u>	37
3.1 <u>Availability Of Health Care Technology</u>	38
3.2 <u>Health Care Technology Assessment</u>	42
3.3 <u>Impact On Health Care Costs</u>	43
3.4 <u>Committee Commentary</u>	44

CHAPTER FOUR:	45
<u>DISEASE TRENDS</u>	45
4.1 Trends In Diseases	45
4.1.1 <i>Infectious Diseases</i>	46
4.1.2 <i>Chronic Diseases</i>	47
4.1.3 <i>Injury</i>	48
4.1.4 <i>Mental Illness</i>	48
4.1.5 <i>The Economic Burden of Disease</i>	49
4.2 Determinants of Poor or Good Health	49
4.3 The Need For Health Promotion And Disease Prevention	50
4.4 Population Health Strategy	52
4.5 Research	53
4.6 Committee Commentary	54
CHAPTER FIVE:	57
<u>THE HEALTH OF ABORIGINAL CANADIANS</u>	57
5.1 Demographic Profile of Canada's Aboriginal Population	57
5.2 Socio-economic Profile and Physical Environment	59
5.3 Health Profile of the Aboriginal Population	60
5.4 Federal Programs Directed to Aboriginal Health	63
5.5 Aboriginal Health Policy at the Federal Level	65
5.6 Barriers to Aboriginal Health and Wellness	68
5.7 Committee Commentary	72
CHAPTER SIX:	75
<u>HUMAN RESOURCES</u>	75
6.1 Physicians	76
6.1.1 <i>Physician Supply</i>	76
6.1.2 <i>Geographic Maldistribution</i>	78
6.1.3 <i>Physician Training and Recruitment</i>	78
6.1.4 <i>The "Brain Drain"</i>	81
6.2 Nurses	82
6.2.1 <i>Supply of Nurses</i>	83
6.2.2 <i>Working Conditions</i>	84
6.2.3 <i>Training and Recruitment in Nursing</i>	86
6.3 Other Health Care Providers	87
6.4 Primary Care Reform	88
6.5 Committee Commentary	91
CHAPTER SEVEN:	93
<u>HEALTH RESEARCH</u>	93
7.1 Federal Role in Health Research	93
7.2 Genetics and Genomics	97
7.3 Benefits and Challenges of Health Research	100
7.4 Committee Commentary	103

CHAPTER EIGHT:	105
<u>HEALTH-RELATED INFORMATION: A CANADIAN HEALTH INFOSTRUCTURE</u>	105
8.1 Concepts and Definitions	106
8.2 Provincial and Federal Initiatives With Respect to a Pan-Canadian Health Infostructure	108
8.3 Costs and Benefits	113
8.4 Issues	116
8.5 Committee Commentary	118
CHAPTER NINE:	121
<u>HOME CARE</u>	121
9.1 What is Home Care?	121
9.2 Current Demand for Home Care	122
9.2.1 Hospital Bed Reductions	123
9.2.2 Rapid Population Growth over 65 Years of Age	123
9.2.3 Pressures on Informal Caregivers	123
9.2.4 Advances in Technology	124
9.3 Public and Private Spending	124
9.4 Future Actions	126
9.4.1 National Standards	127
9.4.2 Human Resources	128
9.4.3 Organization and Financing	130
9.4.4 Informal Caregivers	132
9.4.5 Information and Research	133
9.4.6 Prescription Drugs	134
9.4.7 Telehealth	135
9.5 Committee Commentary	136
CHAPTER TEN:	137
<u>RURAL HEALTH</u>	137
10.1 Health Status Indicators	137
10.2 Access to Health Services in Remote and Rural Areas	139
10.3 Telehealth	143
10.4 Rural Health Research	143
10.5 The Federal Role	144
10.6 Committee Commentary	144
CHAPTER ELEVEN:	147
<u>MYTHS AND REALITIES</u>	147
11.1 Demographic Aging	147
11.2 Spending on Drugs	147
11.3 Health Care Technology	148
11.4 Aboriginal Health	148
11.5 Human Resources in Health Care	149
11.6 Health Information Systems	150
11.7 Home Care	151
11.8 Rural Health	151

<u>CONCLUSION</u>	153
<u>APPENDIX:</u>	155
<u>LIST OF WITNESSES (MARCH – JUNE 2001)</u>	155

CHAPTER FIVE:

THE HEALTH OF ABORIGINAL CANADIANS

There are notable disparities between the health of Canada's Aboriginal population and the health of the general Canadian population. The Aboriginal population experiences poorer health, lower life expectancies, higher infant mortality rates and higher rates of some chronic illness. There are also significant socio-economic disparities between Aboriginal people and the general population – unemployment rates are higher and education and average income levels are lower.

This chapter provides a brief demographic, socio-economic and health profile of Canada's Aboriginal population. It also highlights federal programs directed to Aboriginal health and discusses the Aboriginal health policy of the federal government.

5.1 Demographic Profile of Canada's Aboriginal Population⁹⁹

Aboriginal people constitute approximately 3% of Canada's total population. The *Constitution Act, 1982* recognizes three groups of Aboriginal peoples: Indians, Inuit, and Métis. The Indian population includes both status and non-status Indians. The *Indian Act* sets out the legal definitions that apply to status Indians (First Nations) in Canada, that is, Indians who are registered under the *Indian Act*. Non-Status Indians are those who are not registered under the Act. The Inuit population of Canada lives primarily in communities in the Northwest Territories, Nunavut, Nunavik and Labrador. About 6% of Inuit live in southern Canada. Inuit are not specifically covered by the *Indian Act* but receive certain benefits from the federal government. Métis people are of mixed Indian and European ancestry. The Métis are not covered by the *Indian Act* and do not receive Métis-specific benefits from the federal government.

As Graph 5.1 shows, Canada's total Aboriginal population was estimated at 1,398,400 in 2000 and comprised: 28.5% of Status Indians living on reserve, 30.6% of Non-status Indians, 20.8% of Status Indians off reserve, 15.6% of Métis, and 4.5% of Inuit.¹⁰⁰

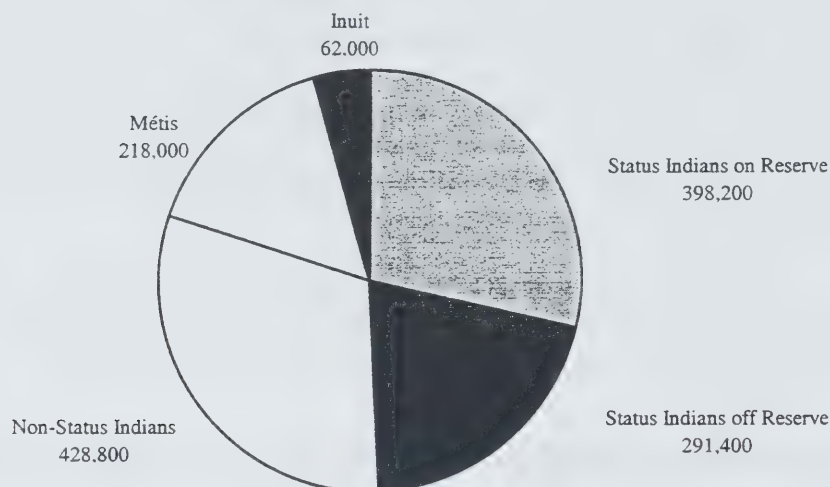
Canada's Aboriginal population is diverse. There are over 600 First Nations communities, comprising over 50 nations or cultural groups and more than 50 languages. Approximately 63% of First Nations communities have fewer than 500 residents — 5% have more than 2,000. Although the Inuit communities share the same language, Inuktitut, they have different dialects from one region to another. Most Inuit communities have fewer than 1,000 persons. The Métis have developed their own distinct language, known as Michif, from a

⁹⁹ The demographic information comes from the following three publications: Indian and Northern Affairs Canada and Canadian Polar Commission, *Estimates Part III, 2000-2001*; Statistics Canada, 1996 Census: Aboriginal Data; Health Canada, *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, November, 1999.

¹⁰⁰ Indian and Northern Affairs Canada and Canadian Polar Commission, *Estimates 2000-2001, Part III, Report on Plans and Priorities*, p. 4.

mixture of French, English, Cree and Ojibway. The Métis population is mainly concentrated in Manitoba, Saskatchewan and Alberta; about 10% of them live in Métis settlement lands.

GRAPH 5.1:
ESTIMATED ABORIGINAL POPULATION, 2000



Source: Indian and Northern Affairs Canada and Canadian Polar Commission, *Estimates 2000-2001*, Part III, p. 4.

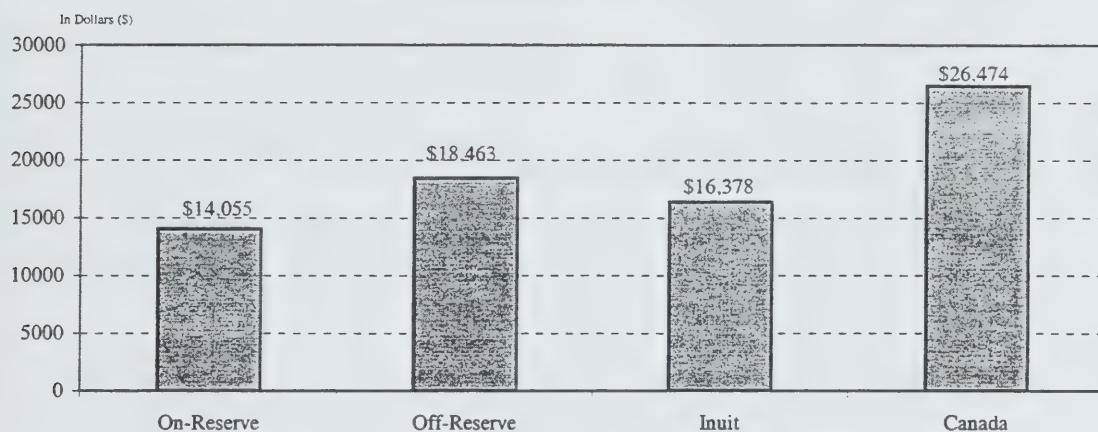
Canada's Aboriginal population is becoming increasingly urbanized. The urban Aboriginal population experienced rapid growth between 1981 and 1991, increasing by 55 percent (compared to an 11 percent increase in urban non-Aboriginal residents). Although its future rate of growth is expected to be slower, the urban Aboriginal population is still anticipated to grow by 43 percent in the next 25 years, from 320,000 in 1991 to 457,000 in 2016. In 1996, about one-fifth of the Aboriginal population lived in seven of the country's 25 largest census metropolitan areas – Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Saskatoon, Toronto, Calgary and Regina.

Overall, the Aboriginal population is growing at twice the rate of the Canadian population and is younger on average than Canada's general population. In 1996, the average age of the Aboriginal population was 25.5 years, 10 years younger than the average age of the general population. Children under age 15 comprised 34% of all Aboriginal people, compared to 21% of Canada's total population. Young people in the 15-24 age range constituted a greater portion of the Aboriginal population (18%) compared to the general population at 14%. Seniors currently make up a relatively small proportion of the Aboriginal population in Canada. In 1996, just 4% of people who reported they were North American Indian, Métis, or Inuit were aged 65 and over, compared with 11% of the general population.

5.2 Socio-economic Profile and Physical Environment¹⁰¹

There are significant socio-economic disparities between Aboriginal peoples and the general Canadian population. Aboriginal peoples are less likely to be in the labour force, and unemployment rates are higher than those of the general population. In 1997-98, the unemployment rate on reserves was almost triple the national rate, and reliance on social assistance was four times the Canadian rate. The Royal Commission on Aboriginal Peoples (1996) reported that the unemployment rate for the urban Aboriginal population was two and a half times greater than that of their non-Aboriginal counterparts. In 1995, the average employment income of the Aboriginal population was \$17,382 compared to the national average of \$26,474. Average annual income from all sources for Aboriginal people in urban areas trailed 33 percent behind that of non-Aboriginal residents.

GRAPH 5.2:
AVERAGE EARNINGS, 1995



Source: Health Canada, *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, November 1999, p. 13.

According to the recent report, *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*, in 1994 at least 44 percent of the Aboriginal population and 60 percent of Aboriginal children under six years of age lived below Statistics Canada's low income cut off measure.¹⁰² The incidence of poverty among the urban Aboriginal population is high. The 1991 census found that more than 60 percent of Aboriginal households in Winnipeg, Regina and Saskatoon were below the low-income cut-off line. For single-parent households headed by women, the percentage was even higher.

¹⁰¹ The information relating to the socioeconomic conditions and the physical environment comes from the following publications, unless otherwise indicated. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Toward a Healthy Future, Second Report on the Health of Canadians*, 1999, Statistics Canada, 1996 Census: Aboriginal Data; Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Final Report*, 1996; Health Canada, *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, November 1999.

¹⁰² The report also pointed out that these figures likely underestimate the Aboriginal data because some 44,000 people living on reserves and settlements were incompletely enumerated in the 1996 census.

Overall, levels of educational attainment among the Aboriginal population are lower than those of the Canadian population as a whole. In 1996, 54 percent of the Aboriginal population aged 15 years and over did not have a high school diploma. The comparable figure for the non-Aboriginal population was 16 percent. Differences between 1981 and 1996 data show improvement in educational attainment – the proportion of the Aboriginal population with less than a high school education dropped from 59 percent to 45 percent, a greater proportion of the Aboriginal population aged 20 to 29 had obtained a college degree or diploma (23 percent in 1996, 19 percent in 1981) and the proportion of Aboriginal university graduates rose by 1 percent (from 3 percent to 4 percent), but are still below comparable measures for the general Canadian population.

A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada noted that one's "physical environment is an important factor in the exposure to risks such as infectious organisms, chemical and biological contaminants, stress levels, and injury."¹⁰³ The report made the following points about the physical environment of many Aboriginal people:

- Aboriginal people appear to be the largest population sub-group that is the most at risk of becoming homeless in Canada;
- Crowded housing conditions are much more prevalent among the Aboriginal population than among the general Canadian population;
- Significant numbers of Aboriginal people (43%) live in inadequate housing;
- Mold growth is a recently identified issue in aboriginal housing but the full extent and impact on health is not yet known;
- First Nations and Inuit people are more at risk of exposure to environmental contaminants because of their traditional diet of fish and marine mammals;
- Access to clean, safe drinking water and adequate sewage disposal is an issue for a number of Aboriginal communities.¹⁰⁴

5.3 Health Profile of the Aboriginal Population¹⁰⁵

There are significant differences in health status between the Aboriginal population and the Canadian population. *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians* noted that the Aboriginal population experiences poorer health than the general

¹⁰³ *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, November, 1999, p. 14.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 14-18.

¹⁰⁵ Sources include: Federal/Provincial/Territorial Working Group on Aboriginal Peoples and HIV/AIDS, *Making a Difference*, May 1999; Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*, 1999; Jill Lava and Michael Clark, *Diabetes Among Aboriginal (First Nations, Inuit and Métis) People in Canada: The Evidence*, 10 March 2000; First Nations and Inuit Regional Health Survey National Report 1999; Health Canada, *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, November, 1999; Assembly of First Nations, Brief to the Committee, 30 May 2001; Inuit Tapirisat of Canada, *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*, 2000; Mr. Gerald Morin, President, Métis National Council, 30 May 2001 (16:29-33).

Canadian population, as evidenced by lower life expectancies, higher infant mortality rates and higher rates of some chronic illness. Many other reports made similar observations:

- Aboriginal people suffer from chronic diseases (hypertension, arthritis, diabetes and heart disease) more so than the general population. Diabetes is one of the leading causes of illness and disability among First Nations. Current evidence indicates that diabetes is more than three times as prevalent in Aboriginal communities as in the general population. The

(...) the First Nations life expectancy falls somewhere around the 1970 level of all Canadians. (...) To put this in a broader perspective, the life expectancy of First Nations is lower than in all of the 25 countries with the longest life expectancy. Looking at the age-standardized mortality rates, for First Nations men the rate is 1.4 times higher; for First Nations women it is 1.9 times higher. The age-standardized mortality rate for women actually falls somewhere around 1958 levels, when you look at the level for all Canadians. Infant mortality is still two times higher for First Nations relative to all others. We are looking at First Nations women with an infant mortality rate of 11.5, as against the Canadian average of 6. Again, the rates are similar to years in the mid-1970s.

Dr. Judith Bartlett (16:58)

following table of chronic disease rates taken from *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, illustrates the depth of the chronic disease problem among the Aboriginal population.

TABLE 5.1
CHRONIC DISEASES

CHRONIC CONDITION	GENDER	AGE ADJUSTED PREVALENCE (%)		FN&I TO CANADIAN RATIO
		FIRST NATIONS AND INUIT (FN&I)	GENERAL CANADIAN POPULATION	
Heart Problems	Male	13	4	3.3
	Female	10	4	2.5
Hypertension	Male	22	8	2.8
	Female	25	10	2.5
Diabetes	Male	11	3	3.7
	Female	16	3	5.3
Arthritis/Rheumatism	Male	18	10	1.8
	Female	27	18	1.5

Source: Table taken from *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*, November 1999, p. 17.

- First Nations men and women on reserves have approximately three times the rate of heart problems and hypertension compared to the general

Canadian population. (*First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report 1999*).

- Between 1991 and 1996, age-standardized tuberculosis rates were almost seven times higher among First Nations persons living on reserves than the rate for the general Canadian population. The current incidence of TB among First Nations living on reserves is 18 times higher than the rate for the Canadian-born non-Aboriginal population (*A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*).
- Despite major improvements since the 1970s, infant mortality rates for First Nations communities continue to be double the rate for Canada as a whole (*Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*).
- The suicide rate among the Aboriginal population for all age groups is about three times higher than the rate for the population of Canada as a whole (*A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*). Among Aboriginal youth, the suicide rate is five to six times higher than the suicide rate of the general Canadian youth population. Data taken from *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions* indicate that the suicide rate for Canada's Inuit regions is approximately 6 times higher than the rate for the general Canadian population.
- Alcohol, substance and solvent abuse is common in a number of First Nations and Inuit communities.
- Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects is much higher in some Aboriginal Communities than in other parts of Canada (*A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*).
- The rate of deaths due to injuries and poisonings is 6.5 times higher for First Nations and Inuit than for the total Canadian population (*A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*).
- A 1999 study reported that the annual number of Aboriginal AIDS cases has increased significantly. In 1996-97, cases had risen to 10% of the total AIDS cases (up from 2% in 1989).¹⁰⁶
- Smoking is more prevalent in the Aboriginal population. The First Nations and Inuit Regional Health Survey indicates that 62% of adult First Nations peoples living on reserve and in Labrador Inuit communities are smokers and over 70% of all respondents to the survey aged 20-29 were smokers.
- Obesity is a major health problem among the Aboriginal population.
- Approximately 75% of Aboriginal women are victims of family violence and up to 40% of children in some Northern communities have been physically abused by a family member (*A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*).

¹⁰⁶ *Making a Difference*, Report of the Federal/Provincial/Territorial Working Group on Aboriginal Peoples and HIV/AIDS, May 1999.

- Overall, life expectancy rates for Aboriginal peoples are lower by some 6 years than comparable statistics for the general population.
- Many Aboriginal people have reduced access to health care services because of the remote geographical location and small size of several Aboriginal communities. Seventy-seven percent of communities have fewer than 1,000 people and many (44 percent) are found in isolated, semi-isolated or remote-isolated areas of Canada.¹⁰⁷

5.4 Federal Programs Directed to Aboriginal Health

Health care is delivered to Canada's Aboriginal people through a complex array of federal, provincial and Aboriginal-run programs and services. In addition, the framework for the delivery of a number of federal programs is changing as Aboriginal communities, governments and organizations take control over the delivery of health-related programs.

Who delivers what to whom depends on a number of factors such as status under the *Indian Act*, place of residence (on or off-reserve), the location of one's community (non-isolated or remote), and whether Health Canada has signed an agreement to transfer the delivery of certain health services to an Aboriginal community or organization.

In his testimony, Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch at Health Canada, told the Committee that Status Indians (First Nations) under the *Indian Act* are a federal responsibility. The provision of hospital and physician services, however, is a provincial or territorial responsibility. First Nations who reside on reserves are entitled to the general health services provided by the provinces and territories such as hospitals, physician services, and other insured services covered by provincial and territorial health plans. Health Canada, however, provides direct primary care and emergency services on reserves in remote and isolated areas where no provincial services are available. More precisely, the department operates 4 small hospitals, 77 nursing stations and 217 health centres.

Health Canada also provides community-based health promotion and prevention services or funding for such services for First Nations people living on reserves. Regardless of residence (on or off-reserve), First Nations people receive non-insured health benefits (NIHB) funded by the federal government. These benefits include drugs, medical supplies and equipment, dental care, vision care, medical transportation, provincial health care premiums and crisis mental health counselling.¹⁰⁸

Provincial and territorial governments are responsible for delivering health services to Inuit, but delivery of health services to Canada's Inuit population varies with jurisdiction of residence. In 1988, the federal government transferred responsibility for health administration to the Government of the Northwest Territories. With the creation of Nunavut, the Nunavut government assumed this responsibility for the Nunavut region. The federal

¹⁰⁷ Health Canada, Brief to the Committee, 30 May 2001; Margaret Horn, National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization, Brief to the Committee, 30 May 2001.

¹⁰⁸ National Aboriginal Health Organization, Brief to the Committee, 30 May 2001, p. 1.

government provides funds to the territorial governments to deliver health programs for First Nations and Inuit including non-insured health benefits.¹⁰⁹

As a result of the James Bay and Northern Quebec Agreement, the federal government transferred responsibility for Inuit health services in northern Quebec to the government of Quebec then to Nunavik. The Nunavik Regional Department of Health and Social Services administers federal and provincial programs in that region.¹¹⁰

In Labrador, the province provides health services to all residents and the federal government provides funding to the Labrador Inuit Health Commission through a transfer agreement and contribution agreements for specific projects and for a range of federal programs including non-insured health benefits.¹¹¹

Métis and non-status Indians are not eligible for federal health programs. They receive medical services from provincial and territorial governments on the same basis as other Canadians. Métis and non-status Indians are not included under the *Indian Act* and are not eligible for non-insured health benefits funded by the federal government.

The federal government responsibilities with respect to First Nations and Inuit health services are carried out by Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) (formerly the Medical Services Branch). FNIHB's overall responsibilities include:

- the provision of community-based health promotion and prevention programs to First Nations living on reserves and to Inuit communities (including public health, health education and promotion, as well as strategies to address specific health problems such as alcohol and drug abuse);
- the provision of non-insured health benefits (NIHB) to First Nations and Inuit people regardless of residence in Canada;
- the provision of primary care and emergency services in nearly 200 isolated and semi-isolated areas where no provincial services are readily available;
- public health services in over 400 communities;
- funding addiction services through treatment centres and addiction treatment workers.

Overall, the expenditures of the First Nations and Inuit Health Program for 2000-01 were estimated at \$1.3 billion. About 53 percent or \$677.6 million of this amount was devoted to expenditures on community health services, 45 percent or \$578 million to non-insured health benefits, and 2 percent or \$23.5 million to hospitals.

In his testimony, Mr. Potter outlined several challenges faced by the First Nations and Inuit health programs. These include: an increasing client base; a shortage of doctors and nurses; providing service in remote and isolated communities; maintaining and attracting physicians and nurses to work in isolated communities; difficult access to some

¹⁰⁹ Inuit Tapirisat of Canada, *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*, 2000, p. 10.

¹¹⁰ *Ibid.*, pp. 9-10.

¹¹¹ *Ibid.*

specialized services; significant cost increases associated with drug benefits, medical technology and transportation; and increases in the rate of chronic diseases that require long-term care and drug therapy.¹¹²

Working to change the underlying social and economic conditions such as poverty, inadequate housing and low levels of education that are also important determinants of health and achieving better coordination with the provinces were also identified as important challenges.¹¹³

In addition to Health Canada, eleven other federal government departments offer programs for Aboriginal people. Total expenditures for these programs for 2001-02 are estimated at \$7.3 billion. The vast majority of this money (70 percent) falls under the budget of Indian and Northern Affairs Canada (INAC) followed by Health Canada at 19 percent (\$1.3 billion), Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) at 4 percent and Human Resources Development Canada (HRDC) at 3 percent. A number of other departments make up the remaining 3 percent.

Indian and Northern Affairs Canada's mandate includes social assistance programs, funding for elementary, secondary and post-secondary education, on-reserve housing, child and family services; and services on reserves such as homemaker services. INAC also funds infrastructure projects in Aboriginal communities. These include water and sewer services, environmental remediation, roads and bridges, fire protection, electrification, education facilities and other community facilities.

Other federal departments are also involved in the funding of a number of Aboriginal business development and workforce participation initiatives.

5.5 Aboriginal Health Policy at the Federal Level

The historic relationship between the federal government and Canada's Aboriginal peoples sets the context for federal policy and initiatives in relation to Aboriginal health. Table 5.2 outlines a number of events in this relationship. In its brief to the Committee, the National Aboriginal Health Organization (NAHO) explained:

The federal government's policy relationship with Aboriginal groups has seen significant change in the last decade. As little as fifteen years ago, federal Aboriginal resources for health and social programs were directed almost exclusively to First Nations and Inuit communities; non-reserve groups received limited programs from the federal government (examples would be off-reserve housing programs and the Canadian Aboriginal Economic Development Strategy) and indeed these groups were virtually invisible to the Canadian public. Today, the federal government's policy focus remains

¹¹² Ian Potter (16:8-9).

¹¹³ *Ibid.*

directed to First Nations and Inuit, however, several Aboriginal-wide initiatives have been developed which also involve the non-status, off-reserve and Métis populations.¹¹⁴

TABLE 5.2
SIGNIFICANT HEALTH POLICY EVENTS:
ABORIGINAL PEOPLES – FEDERAL GOVERNMENT
RELATIONSHIP

YEAR	EVENT	DESCRIPTION
1867	<i>Constitution Act, 1867</i>	Gave the federal government jurisdiction over “Indians and Land reserved for the Indians”
1876	<i>Indian Act</i>	Enactment of the federal <i>Indian Act</i>
1939	Supreme Court of Canada decision	Recognized that the term “Indian” in the Constitution includes Inuit
1945	Shift in health services	Responsibility for Indian health services was transferred from Indian Affairs to the Department of National Health and Welfare
1962	Medical Services Branch (now the First Nations and Inuit Health Branch)	The Medical Services Branch was created within the Department of National Health and Welfare to amalgamate Indian Health and Northern Health
1979	Indian Health Policy	Goal: “to achieve an increasing level of health in Indian communities, generated and maintained by the Indian communities themselves”. Improvements to the health status of the Indian population should be built on three pillars: 1. community development; 2. the traditional relationship between Indian people and the federal government; and 3. the interrelated Canadian health system, with its federal, provincial, municipal, Indian and private sectors.
1980	Berger Report	Recommended methods of consultation that would ensure substantive participation by First Nations and Inuit people in the design, management and control of health care services in their communities.
1982	<i>Constitution Act, 1982</i>	Recognition of First Nations, Inuit and Métis and enshrinement of existing Aboriginal and treaty rights in the Canadian Constitution
1988	Transfer Policy Approval	Federal Cabinet approved the health transfer policy framework for transferring resources for Indian health programs south of the 60th parallel to Indian control.
1990s	Supreme Court of Canada	Various Supreme Court of Canada decisions with respect to the government’s fiduciary responsibility to

¹¹⁴ National Aboriginal Health Organization, *An Examination of Aboriginal Health Service Issues and Federal Aboriginal Health Policy*, Brief to the Committee, 30 May 2001, pp. 4-5.

		Aboriginal people
1995	Self-Government Policy	The Government of Canada recognizes the inherent right of self-government as an existing right within section 35 of the <i>Constitution Act, 1982</i> . Health is one of the subject matters that could be covered in self-government negotiations.
1996	Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP)	Report made a number of recommendations in relation to Aboriginal health. Aboriginal health and healing systems should embody the following characteristics: <ol style="list-style-type: none"> 1. equity in access to health and healing services and in health status outcomes; 2. holism in approaches to problems and their treatment and prevention; 3. Aboriginal authority over health systems and, where feasible, community control over services; and 4. diversity in the design of systems and services to accommodate differences in culture and community realities.
1998	<i>Gathering Strength: Canada's Aboriginal Action Plan</i> -- Federal government response to the RCAP report	<i>Gathering Strength</i> focuses on: Renewing the Partnerships with Aboriginal people; Strengthening Aboriginal Governance; Developing a New Fiscal Relationship; Supporting Strong Communities, People and Economies

The Committee was told that federal Aboriginal health policy has followed a continuum that reflects developments in both the Canadian health care system at large and the evolving relationship between the federal government and Aboriginal people. During the first half of the 20th century, federal Aboriginal health initiatives focused on medical care, rather than on providing comprehensive services to the First Nations and Inuit populations. This included the operation of nursing stations, health centres and hospitals. With the introduction of universal Medicare, the provision of public health and preventative measures rather than the delivery of direct health care became the main emphasis of federal Aboriginal health activities, although Health Canada has continued to provide primary health services in remote and isolated areas. For the most part, however, federal Aboriginal health initiatives are limited to First Nations and Inuit. Métis and non-status Indians benefit from only a limited number of federal programs.¹¹⁵

The federal Indian Health Policy 1979 established the general policy framework for the provision and payment of health services by the federal government to First Nations and Inuit. The stated goal of the Policy is "to achieve an increasing level of health in Indian communities, generated and maintained by the Indian communities themselves". The Policy provided that improvements to the health status of the Indian population should be built on three pillars:

¹¹⁵ NAHO, Brief to the Committee, 30 May 2001, p. 5. These initiatives include Aboriginal Diabetes Initiative, Aboriginal Healing Foundation, National Aboriginal Health Organization, Aboriginal Head Start.

1. community development (socio-economic and cultural/spiritual) in order to remove the conditions which limit the attainment of well-being;
2. the traditional trust relationship between Indian people and the federal government; and
3. the Canadian health care system, with its federal, provincial, municipal, Indian and private sectors.

Another important feature of the Policy was the recognition that First Nations and Inuit communities could take over the administration of their own community health programs. To achieve this objective, in the mid-1980s the federal government began to emphasize the transfer of control over health services to First Nations and Inuit communities and organizations.

Table 5.3 shows the status of transferred communities as of March 31, 2000 and the projected transfers to 2005. The total number of eligible First Nations/Inuit communities is 599. As of fiscal year end 1999/2000, a total of 276 (46 percent) of these communities had signed a Health Services Transfer Agreement.

**TABLE 5.3:
HEALTH SERVICES TRANSFERS**

TRANSFERS BY REGIONS/COMMUNITIES					
Region	Total Eligible Communities	Transfers as of March 31, 2000		Projected Transfers to March 31, 2005	
	Number	Number	% Total	Number	% Total
Atlantic	40	20	50	36	90
Quebec	28	23	82	28	100
Ontario	124	38	31	57	46
Manitoba	62	33	53	52	84
Saskatchewan	83	60	72	68	82
Alberta	58	4	7	10	17
Pacific	204	98	49	109	53
TOTAL	599	276	46	360	60

Source: Health Canada, *First Nations and Inuit Control, Annual Report, 1999-2000* (available at http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/annual_e.htm#T3).

5.6 Barriers to Aboriginal Health and Wellness

During the hearings, witnesses outlined a number of jurisdictional and structural

All of the provinces are at different levels with their involvement in providing health programming to Aboriginal people.

Dr. Judith Bartlett, National Aboriginal Health Organization (16:59)

issues in relation to Aboriginal health services that have the effect of impeding or denying access to appropriate health care services.

Jurisdictional barriers to the provision of health services to Aboriginal people exist on two levels. The first barrier arises from the division of powers between the federal and provincial governments. Provincial governments provide equal access to health care services under the *Canada Health Act* for all residents including First Nations living on reserves and Inuit but take the position that the federal government is responsible for certain health services to Aboriginal persons who are Indians under the *Indian Act* (Status Indians). As a result, witnesses indicated that health services not covered by the *Canada Health Act* but otherwise provided by the provinces may or may not be provided to First Nations and Inuit communities.¹¹⁶

Other consequences of having two jurisdictions involved in delivering health services include program fragmentation, problems with coordinating programs and reporting mechanisms, inconsistencies, gaps, possible overlaps in programs, lack of integration, the inability to rationalize services, and impediments to developing a holistic approach to health and wellness.

The second jurisdictional barrier stems from the divisions among Aboriginal peoples that arise as a result of the *Indian Act*. Because Métis and non-status Indians are excluded from the legislation, they are not eligible for most federal programs. The NAHO and the Métis National Council stressed before the Committee that lack of recognition leaves the Métis and non-status populations in a jurisdictional void. For example, Dr. Judith Bartlett noted:

The division of powers and fragmentation among the various services, service providers and authorities create confusion regarding the services to which Aboriginal people are entitled. It is not just the recipients that suffer, but also the people providing the services and community managers.

Michelle Audette, Native Women Association of Quebec (16:38)

*There are no primary care services specifically targeted to Métis and non-status Indian populations. (...) The Métis and non-status are in a jurisdictional void. They, in fact, are excluded from legislation, and this impacts on their eligibility for programs.*¹¹⁷

Similarly, Gerald Morin, President of the Métis National Council, told the Committee:

Federal and provincial jurisdictional disputes, cultural barriers and geographic isolation ... impede our access to the health care system. Métis communities are facing many of the same health challenges as other Aboriginal communities but the difference is that Métis health issues receive limited and scant attention from the federal government. The fundamental issue at stake for the Métis is the unwillingness of Health Canada to

¹¹⁶ *Ibid.* pp. 7-8.

¹¹⁷ Dr. Judith Bartlett (16:58-59).

*deal equitably and fairly with the Métis people as one of the indigenous peoples in Canada.*¹¹⁸

Witnesses told the Committee about the restrictive nature of the federal health transfer policy that transfers control of federal health programs south of 60° to First Nations and Inuit communities and organizations. It was observed that the NIHB, a program comprising nearly half of Health Canada's funding to First Nations and Inuit, is not eligible for inclusion in the transfer process.¹¹⁹ Furthermore, the NAHO noted that Health Canada's policy with respect to the transfer of health services to Aboriginal organizations does not include a framework that would "facilitate the integration of federal and provincial services."¹²⁰ Again, this creates barriers to program rationalization and the development of a comprehensive approach to Aboriginal health.

Witnesses also pointed out that structural barriers arising from geography, isolation and small community size in rural and remote areas have an impact on access to health services and the comprehensiveness of available services. High turnover rates for health workers, changes in visiting physicians, language, and the lack of integration of traditional and western health systems also constitute barriers. Witnesses stressed that structural barriers are not just confined to rural and remote areas – in urban settings barriers exist as well but may be secondary to issues relating to the cultural appropriateness of care and lack of access due to poverty.¹²¹

Ron Wakegijig, a healer from the Wikwemikong Health Centre, pointed out that because of the differences between the concerns, issues and requirements of remote, isolated or semi-isolated Aboriginal communities and more urbanized southern Aboriginal communities, national policies developed for all Aboriginal people may not adequately address specific regional concerns.¹²²

A number of witnesses emphasized to the Committee that Aboriginal peoples are not a homogeneous group. Inuit witnesses called for this distinctiveness to be recognized in the delivery of health programs and research. Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada stressed the importance of meaningful involvement of Inuit in the development of programs and policies that affect Inuit health. Pauktuutit noted that often the terms "Aboriginal health" and "First Nations health" have become one and the same; with the result that programming is not based on the input and needs of Inuit.

The term "Aboriginal health" is often misunderstood to be synonymous with First Nations Health. That misinterpretation is a reflection of the lack of clear understanding of the Indigenous people of Canada and their three distinct cultures. For Inuit, the impact is most significant in the area of health programming. Aboriginal Health Programming continues to be First Nations focused, too often developed with

¹¹⁸ Mr. Gerald Morin (16:31).

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹²⁰ NAHO, Brief to the Committee, p. 9.

¹²¹ *Ibid.*, p. 7.

¹²² Ron Wakegijig, Brief to the Committee, 30 May 2001, p. 9.

minimal, if any meaningful Inuit consultation and rarely reflective of the specific linguistic and cultural needs of Inuit. Further, it does not reflect the realities of program delivery in isolated/remote communities nor acknowledge the differences in infrastructure that exist between First Nations and Inuit communities. Programs designed for First Nations are often imposed upon Inuit when, in actuality, alternative, Inuit-specific, community based programming would better meet the needs of Inuit community members.

123

Witnesses involved in the hearings on Aboriginal health stressed that the traditional concepts of health and wellness in all Aboriginal communities are holistic, multifaceted and community focused:

The First Nations concept of wellness encompasses the four realms of human existence. Some First Nations refer to this concept as "the medicine wheel." It is believed that well-being and optimum health can only be achieved by addressing not only the physical aspects of health, but also the emotional, mental and spiritual needs of an individual. Those fundamentals make the First Nation view far more holistic than the biomedical model.

*The medicine wheel illustrates that First Nations people believe that a person is not only a body. If a person is to be healthy or achieve wellness then each of the four aspects of their life must be in balance. Appropriate attention must be given to each of the four aspects of a person. Not only must one be balanced, one must live in a balanced, harmonic community. Harmony must be addressed at all levels of existence and aspects of life. The prevention of illness and the promotion of good health and healthy lifestyles must be addressed through healthy communities and governments.*¹²⁴

Aboriginal people define health and illness in terms of balance, harmony, holism and spirituality rather than in terms of the Western concepts of physical dysfunction and disease within the individual. Aboriginal wellness emphasizes that solutions to health will not be effective until all factors having an impact on a problem are considered. Witnesses suggested that federal Aboriginal health policy must develop a greater focus on prevention, population health and a holistic approach to health that includes health promotion and community-based program planning. For example, the Assembly of First Nations observed:

*Poverty, ill health, educational failure, family violence and other problems reinforce one another. To break this circle, all determinants should be addressed together, in a coordinated strategy, not a piecemeal approach.*¹²⁵

¹²³ Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada, Presentation to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, May 30, 2001, p. 2.

¹²⁴ Elaine Johnson (16:26).

¹²⁵ Assembly of First Nations, Brief to the Committee, 30 May, p. 5.

The Committee was told that much of the current research has been focused on First Nations. Dr. Judith Bartlett pointed to the paucity of Métis and Inuit-specific research data. The President of the Métis National Council confirmed that there is a lack of research, data and information with respect to the health conditions and the demographics of Métis people. The Inuit Tapirisat of Canada cited the lack of Inuit-specific health information as a key challenge. Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada echoed this concern and noted that problems arise when information from larger data sets is used in the context of another Aboriginal peoples.

*Identifying new and emerging health issues for Inuit is often complicated by a lack of "hard" data and by a reluctance to use innovative anecdotal indicators in research methodology. Inuit-specific health data is spotty at best and often extrapolated from larger pools of Aboriginal data collected mainly in southern Canada. For Inuit to adequately plan and prioritize health issues, for them to identify changing trends in disease, data must be collected by Inuit about Inuit and for Inuit. One prime example is HIV/AIDS surveillance data. Inuit statistics are extrapolations of data collected in two provinces, Alberta and British Columbia, primarily large urban centres. This has resulted in an overwhelming focus on and disproportionate distribution of funding on prevention programs for "Aboriginal" intravenous drug users, which have little, if any, relevance to Arctic Inuit.*¹²⁶

Witnesses also stressed the importance of research on Aboriginal health issues that encompasses Aboriginal-directed and controlled research. Dr. Jeff Reading of the Institute of Aboriginal Health (CIHR) told the Committee:

Undertaking research can be a significant determinant of health in its own right. It is a determinant of health because people are able to take control over factors affecting their lives. The context of native communities has been one where people outside the community have managed control for a great period of time. Now people have the opportunity to seize control and to start interpreting data about themselves.

*When people participate in the creation and understanding of knowledge about themselves, they take greater ownership of their health problems and, in so doing, become active in terms of solving those problems. Research is the first step in terms of the drive toward self-determination and improved health status.*¹²⁷

5.7 Committee Commentary

The Committee acknowledges that many reports have been written and many suggestions made for changes to benefit Aboriginal people. Repeatedly, this particular

¹²⁶ *Ibid.*, p. 8.

¹²⁷ Dr. Jeff Reading (16:61-62).

population of 1.3 million Canadians has been designated by international, national and regional bodies as the most needy in the country. In spite of the breadth of effort being undertaken, the state of health of Aboriginal Canadians and the socio-economic conditions in which they live remain deplorable.

The Committee heard about the various federal health strategies coordinated by Health Canada and the multiple programs managed by Indian and Northern Affairs Canada. Still, an enormous amount remains to be done if we are to reduce disparities in health status and socio-economic disparities between Aboriginal people and the general population. The Committee feels that, given the wide range of programs that the federal government currently manages and given its specific constitutional responsibilities, it must develop population health strategies aimed specifically at Aboriginal Canadians. These strategies must include dealing with economic conditions, environmental issues such as clean and safe drinking water, high-quality and culturally sensitive health care, healthy lifestyle choices, etc. It is also important, as suggested by Ron Wakegijig and others, to consider ways to integrate traditional healing approaches to Aboriginal health with mainstream health care.

Jurisdictional barriers should not be used as an excuse to progress slowly in this field. The Committee believes that these barriers can be overcome rapidly, and that all levels of government – federal, provincial, territorial, municipal, band and settlement – must develop a comprehensive plan that could meet the needs of all Aboriginal people in Canada. The federal Minister of Health should play a leadership role in coordinating such a plan.

The Aboriginal population is young and growing. It is imperative to develop programs that are sustainable in the long-term period. The Aboriginal community is also diverse. Programs must be designed in a way that accommodate differences in culture and community realities.

The Committee believes that undertaking research on the health of Aboriginal people can provide useful information on how to improve service provision and health outcomes. The Committee welcomes the new Institute on Aboriginal Health at the CIHR and believes it is essential that it be provided with a sufficient level of funding.

CHAPTER SIX:

HUMAN RESOURCES

Canada's health care system is a labour-intensive industry. About one in ten employed Canadians work in the health care sector. Many more help to care for their friends and family members. Therefore, our system depends on having a steady supply of appropriately distributed, well-trained and experienced health care providers and committed volunteer caregivers. (The issues concerning volunteer or informal caregivers are presented in more detail in Chapter Nine).

A complex mix of health care providers – comprising more than 30 provincially regulated professional groups – delivers care to Canadians. Table 6.1 shows the total number of licensed health care providers per 100,000 Canadians and the percentage change in these numbers over a 10-year period.

TABLE 6.1
REGULATED HEALTH CARE PROVIDERS IN CANADA
(Number Per 100,000 Canadians and Percentage Change)

	1989	1998	Change
Registered Nurses	809	750	-7.2
Licensed Practical Nurses	301	250	-17.0
Physicians	187	185	-0.5
Pharmacists	67	76	13
Dentists	52	54	4
Physiotherapists	37	49	32
Psychologists	32	40	25
Dental Hygienists	29	46	59
Chiropractors	12	16	33
Optometrists	11	11	0

Source: CIHI, *Health Care in Canada*, 2001.

Nursing is the largest health care profession. In 1998, there were 7% fewer registered nurses and 17% fewer licensed practical nurses than in 1989. Doctors are the third-

largest group of regulated health care providers. The number of physicians per Canadian in 1998 was about the same as ten years before, with only a slight decrease of about a half percent. Other categories of health care providers (except optometrists) substantially expanded their workforce over the same period. Although precise data are not available, an army of informal (volunteer) care providers provide some form of care to someone in their home with a long-term physical or mental illness or who is frail or disabled. Information from CIHI (2001) suggests that the number of informal caregivers has increased over the past decade.

There are no straightforward answers to the question of how many people are currently needed in each field, and there is much less certainty with regard to future requirements. Nevertheless, talk of a 'crisis' in health care has a good deal of plausibility in relation to human resource issues. This is particularly true with regard to the situation facing registered nurses (RNs) in Canada. But there are also shortages of other health care providers, in areas ranging from laboratory technologists to pharmacists.

Although it is more difficult to assess the overall situation with regard to physicians, there is nonetheless a long-standing problem of geographical distribution of physicians, with all rural and remote areas having great difficulty recruiting and retaining both general practitioners (GPs) and specialists. The geographic maldistribution of physicians is discussed in more detail in Chapter Ten. As well, certain specialties are experiencing serious shortages.

Without an adequate supply of providers, health care will simply not be available to the extent that Canadians expect and deserve. Questions concerning the supply, retention and management of human resources in health care are complex, broad and often overlapping, but they are of paramount importance in the context of ensuring the sustainability of Canada's health care system.

Many of the key issues, such as the method and level of remuneration of health care providers, fall largely outside the purview of the federal government. There are nonetheless other concerns - such as inter-provincial mobility, immigration, research funding, and taxation - in which federal policy plays a central role. Because of the interaction between all these factors, it is important to get as complete a picture as possible of human resource issues so that the impact of possible policies at the federal level can be properly understood and assessed.

6.1 Physicians

6.1.1 Physician Supply

The extent to which there is a looming overall shortage of physicians in Canada remains a subject of debate. Figures recently released by CIHI indicate that the number of physicians has increased in Canada over the past five years, from 54,918 in 1996 to 57,803 in 2000.¹²⁸ However, while the total number of specialists increased by 7.4 percent, the number of family physicians only grew by 3.2%. Since the Canadian population grew by 3.5 percent over

¹²⁸ CIHI, *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2000 Report*, Executive Summary, 9 August 2001 (available at <http://www.cihi.ca>).

the same period, the number of family physicians on a per capita basis actually declined slightly (from 95 per 100,000 population in 1996 to 94 in 2000).

Several witnesses stressed the importance of looking beyond the aggregate numbers. Thus, despite the increase in the total number of specialists, witnesses indicated to the Committee that certain specialties are experiencing shortages. For example, Dr. William Dalziel of the University of Ottawa estimated that there is a serious deficit of geriatricians. Similarly, Dr. John Radomsky of the Canadian Association of Radiologists told the Committee that Canada currently has a shortage of about 200 radiologists, and that:

*We simply do not have the manpower to provide the service. In my own practice, we have had to curtail service... to two small institutions because we do not have the manpower to provide them the service on-site. Patients have to travel. They are inconvenienced. In many cases they just do not do it.*¹²⁹

Witnesses told the Committee that physicians are already straining under the workload. Dr. Peter Barrett, President of the Canadian Medical Association (CMA), pointed out that “the average physician in Canada is currently working 53 hours per week and an additional 25 hours per week while on call.”¹³⁰ Of even greater concern were the approximately 2,000 physicians who had no shared call, and were therefore “literally on call 24 hours per day, seven days per week, every day, every week, for years at a time.”¹³¹

Furthermore, the aging of the physician population means that many doctors are no longer willing or able to work the long hours that have become the norm. Dr. Barrett indicated that the average age of physicians rose from 46.4 to 47.5 between 1996 and 2000, and he added that “by 2024, 40 per cent of all active physicians will be over the age of 55.”¹³²

At the same time, women have made tremendous strides in changing the profile of the medical profession. Since the mid-1990s women make up over half of the medical students in the country,¹³³ and the percentage of practising female doctors increased from 25 to over 29 percent of the total between 1993 and 2000. The Task Force on Physician Supply of the Canadian Medical Forum predicts that, by 2015, women will make up 40% of the physician supply. However, data also indicate that female physicians practise fewer hours than their male counterparts, averaging 48.2 hours per week compared to the male average of 55.5 hours per week.¹³⁴ As Dr. Barrett pointed out:

¹²⁹ Dr. John Radomsky (5:7).

¹³⁰ Dr. Peter Barrett (13:6).

¹³¹ *Ibid.*

¹³² Dr. Peter Barrett (13:8).

¹³³ The Association of Canadian Medical Colleges, *Canadian Medical Education Statistics*, Vol. 22, 2000, Table 8, p. 11.

¹³⁴ Canadian Medical Forum, *Task Force on Physician Supply in Canada*, 22 November 1999, p. 11.

*Women traditionally are more caring individuals and have tended to want a better balance in life. We are not seeing that only from the women, though. We are also seeing that from our younger graduates.*¹³⁵

6.1.2 Geographic Maldistribution

There was clear agreement during the Committee's hearings on one subject: the persistent geographic maldistribution of physicians across the country. Over the past two decades, studies have repeatedly concluded that this longstanding problem has led to shortages of physicians in rural and remote areas.

The problem seems to be getting worse, as an increasing number of smaller and medium-sized communities are finding it difficult to ensure a proper supply of physicians. As of October 1999, for example, 99 communities in Ontario had been designated as underserved and were looking for a total of 534 physicians.¹³⁶ Many factors have been identified as contributing to the difficulties in encouraging physicians to locate in underserved areas, including the heavy workload, the lack of training in skills needed for rural medicine, professional isolation and lack of interest in rural lifestyle.

Rural Canada has 9 million people and is growing. It is scattered over 10 million square kilometres. The number of physicians serving this population is proportionately under half of that serving those in the cities.

Peter Hutten-Czapski, President, Society of Rural Physicians of Canada (17:12)

The Committee heard evidence suggesting that physicians setting up their practices are more likely to choose rural or remote areas if they come from those backgrounds or if their training has exposed them to the positive challenges associated with locating in these areas. Dr. Thomas Ward, chair of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resources, noted that "the single most important determinant as to whether an individual will work in a small community is if they are from a small community."¹³⁷

The supply of physician resources in rural Canada is discussed in more detail in Chapter Ten.

6.1.3 Physician Training and Recruitment

During the Committee's hearings, witnesses discussed the issue of whether enough students are being admitted to Canada's medical schools.

In 1991, a report by Barer and Stoddart recommended that enrolment in Canadian medical schools, along with positions in postgraduate training positions, be decreased by 10% in order to deal with a perceived unwarranted increase in physician supply.¹³⁸ Despite the report's admonishments that this recommendation not be implemented in isolation from the

¹³⁵ Dr. Peter Barrett (13:8).

¹³⁶ Dr Robert McKendry, *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond*, p. vii.

¹³⁷ Dr. Thomas Ward (13:37).

¹³⁸ Morris L. Barer and Greg L. Stoddart, *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*, Prepared for the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health, June 1991.

others it proposed¹³⁹ (53 in all), policy-makers did precisely that. As a result, according to data from the Association of Canadian Medical Colleges, the size of first year classes in medical colleges has declined by 16 percent since 1991.

The first-year enrolment in 1997-98 of 1,577 students, or approximately 1 per 19,000 citizens, put Canada well behind other industrialized countries such as the United Kingdom (1 per 12,200 citizens) or Australia (1 per 13,500). According to Dr. Hugh Scully, President of the Task Force on Physician Supply, Canadian Medical Forum: "by 1997, there was less opportunity for a Canadian to go to medical school than for any person in any other developed country in the world for its population."¹⁴⁰ Although by early 2001 announced increases to undergraduate enrolment totalled 228 new places (a 14 percent increase over 1998) this is still below the entry level of 1983 (the peak year).¹⁴¹

While recognizing that "that there has been more movement on the part of the medical schools and the establishment in the last 18 months than in the last 20 years,"¹⁴² Dr. Scully insisted that more progress cannot be made unless additional resources are put into the system, telling the Committee that:

*If we are to have the teachers to do the work and the resources, both capital and physical, that we need, there needs to be some infusion. We think that the federal government can play a significant role in partnership with the provinces and the territories.*¹⁴³

Canada also does not offer as many postgraduate training positions as other countries, with 100 provincially-funded positions for each 100 graduates (compared to 129/100 in the United States and 140/100 in Britain). Dr. Scully pointed out that "we once had a much better capacity than we have at the present time to validate the international graduates who were qualified."¹⁴⁴

In the past, Canada has been able to rely on recruitment from abroad to fill some of the gaps. International medical graduates (IMGs) have made significant contributions to Canadian health care. Currently, almost 25 percent of Canada's physicians received their undergraduate (MD) training outside Canada. IMGs are unevenly distributed geographically and by specialty, accounting for only 12 percent of supply in Quebec but about 50 percent in Saskatchewan. One third of pediatricians, but only 22% of family practitioners are IMGs.

The United Kingdom has been the major source of IMGs. However, other countries now face many of the same shortages that confront our health care system, and there

¹³⁹ The report stated: "isolated policies on undergraduate medical school enrolment may do more harm than good if they are not combined with appropriate companion policies concerning graduates of foreign medical schools, financing of academic medical centres, residency training, and quality assurance, to name only a few." See p. 6.

¹⁴⁰ Dr. Hugh Scully (13:11).

¹⁴¹ Canadian Medical Forum, Brief to the Committee, 16 May 2001, p. 3.

¹⁴² Dr. Hugh Scully (13:19).

¹⁴³ Dr. Hugh Scully (13:14).

¹⁴⁴ Dr Hugh Scully (13:12).

does not seem to be much sense to countries endlessly poaching each other's highly trained health care professionals. Dr. Scully insisted on this point:

*Canada traditionally would draw upon the U.K., South Africa, and some of the European countries for its medical graduates. That source has in large part stopped, not all together. Those countries are working earnestly to try to retain their own physicians and make it attractive for them to stay. The sources that we have had are not there.*¹⁴⁵

Rising tuition fees constitute a major barrier to medical enrolment. Dr. Barrett stated that:

*(...) tuition deregulation has meant that tuition for our students is becoming prohibitive. If we do not do something soon, it will only be the sons and daughters of wealthy Canadians who will be able to go to medical school and choose a career in medicine.*¹⁴⁶

The Committee was told that rising tuition fees are of great concern for students from rural Canada. For example, Dr. Thomas Ward, Chair of the F/P/T Advisory Committee on Health Human Resources, stated:

*We have seen a dramatic swing in the past four years, in our province, in the distribution of people coming into the medical school. As university tuition has gradually risen, university medical schools are a cash cow for most universities, quite frankly. We have seen that the percentage of students coming from rural Nova Scotia is dropping steadily.*¹⁴⁷

Dr. Barrett expressed similar concerns in relation to the recruitment of medical students from Canada's Aboriginal populations:

*I will give you an example from my province of Saskatchewan, where we have a huge Aboriginal population. The best way to deliver health care to them would be, especially in consideration of their culture, to have First Nation's health care providers. However, right now our system has barriers that hinder their receiving the necessary education. That is why we need to look at the whole area of post-secondary education. In particular in consideration of tuition deregulation, we must examine who we are educating today.*¹⁴⁸

¹⁴⁵ Dr. Hugh Scully (13:17).

¹⁴⁶ Dr. Peter Barrett (13:9).

¹⁴⁷ Dr. Thomas Ward (13:36-37).

¹⁴⁸ Dr. Peter Barrett (13:41).

6.1.4 The "Brain Drain"

Another controversial issue concerns the 'brain drain' of physicians, particularly to the United States. Table 6.2 gives figures for the departure and return of physicians. During the period between 1996 and 2000, the number of physicians leaving the country declined significantly, from 1.3 percent of the total physician supply in 1996 to 0.7% in 2000. Of these physicians, the majority were male, specialist physicians. Almost half received their M.D. within the past 10 years. The number of physicians who returned from abroad increased somewhat over the 1996-2000 period. Overall, fewer doctors are leaving and more are entering Canada (except for 2000). However, Canada still experiences a net loss year after year.

The international migration of physicians remains a major concern for many witnesses. Dr. Barrett said that "for every 19 physicians that go south, one comes north,"¹⁴⁹ while Dr. Scully pointed out that "we continue to lose two medical class school equivalents a year as a net loss to the United States."¹⁵⁰

TABLE 6.2
PHYSICIANS MOVING ABROAD AND RETURNING TO CANADA, 1996-2000

	Moving Abroad	Returning	Net Loss
1996	726	218	508
1997	658	227	431
1998	568	319	249
1999	584	340	244
2000	420	256	164

Source: CIHI, *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2000 Report*, Executive Summary, 9 August 2001 (available at <http://www.cihi.ca>).

While clearly many factors clearly influence decisions by Canadians to relocate elsewhere, it has sometimes been contended that Canada's more onerous tax regime drives high-earners to seek more favourable circumstances south of the border. Surveys among doctors, however, indicate that income is usually not the prime motivator for leaving Canada, and that the conditions under which they are able to practise their profession rank higher as a factor. Dr. Scully argued very much along these lines:

The money is no different in Alberta than North Dakota. It is not a question of money. It is the facility to take care of your patients' welfare. If we want to attract and retain physicians, we need to work together to ensure that the facilities are there so that

¹⁴⁹ Dr. Peter Barrett (13:7).

¹⁵⁰ Dr. Hugh Scully (13:12).

*physicians, nurses and others can work to provide the services that are needed by people.*¹⁵¹

In the same vein, Dr. Barrett stated:

*Like other sectors of the economy, if we are going to compete and succeed, we must provide an attractive environment to not only retain but repatriate the physicians who have left. If we are serious about a world class health care system in Canada, we must provide an environment that will attract world-class people and retain the world class people that we train.*¹⁵²

Overall, all witnesses agreed that what was needed was a comprehensive human resources plan. As Dr. Scully pointed out, "there are no quick answers or quick fixes."¹⁵³ In Dr. Barrett's words:

*We could start with a national strategy because it is a national problem. I realize a lot of health care is delivered provincially and territorially. First and foremost, we need a national plan.*¹⁵⁴

6.2 Nurses

Nurses constitute the largest group of health care providers in Canada, making up almost two-thirds of the total. There are three regulated nursing groups: registered nurses (RNs), licensed practical nurses (LPNs – also known as Registered Nursing Assistants and Registered Practical Nurses), and Registered Psychiatric Nurses (RPNs). Most of the available data refers to the situation of RNs. There are two routes to qualification as an RN: (i) diploma programs offered at community colleges, and (ii) baccalaureates of Science in Nursing at the university level. Around 90% of nurses employed in nursing have a basic diploma education. Some provinces recognize an additional extended classification of nurses, usually referred to as nurse practitioners, but there are no national standards in place, and the term is not a protected designation.

Nurses work in a great variety of settings and perform a wide array of tasks requiring a considerable diversity of skills, ranging from assisting in the treatment of acutely ill patients in a hospital setting, to planning and monitoring home care programs, to organizing and delegating workloads. Recent changes in the organization and delivery of health care have had a significant impact on the types of work being done by nurses and on the numbers of nurses available to perform them.

With the shift towards shorter hospital stays, nurses are treating more acutely ill patients as well as being asked to perform many tasks that might have been done previously by

¹⁵¹ Dr. Hugh Scully (13:40).

¹⁵² Dr. Peter Barrett (13:9).

¹⁵³ Dr. Hugh Scully (13:14).

¹⁵⁴ Dr. Peter Barrett (13:17).

other hospital staff. For example, a recent study indicates that in Canada over 42% of nurses report performing housekeeping duties, while a similar number (43.6%) report that such essential nursing tasks as comforting or talking with patients are being left undone.¹⁵⁵ Trends in health care technology also mean that nurses must accomplish more complex tasks, under great stress and with shrinking resources. In this regard, Kathleen Connors, President of the Canadian Federation of Nurses Unions, told the Committee that nurses:

*(...) want to nurse in the way that they were educated to nurse. Not only do they want to perform the physical parts of the care, they also want to teach and take the time to sit on the side of the bed of someone who needs to be supported and comforted. They want to counsel, nurture and do all those things on which it is difficult to place a monetary value.*¹⁵⁶

6.2.1 Supply of Nurses

CIHI reports a decline of 7.2% in the number of RNs (per 100,000 Canadians) employed in nursing between 1989 and 1998, while the number of LPNs declined by 17% over the same period (see Table 6.1). According to the Canadian Nurses' Association, there is looming crisis in the supply of qualified nursing personnel. The Association forecasts a shortfall of at least 59,000 nurses in Canada by 2011, but that this shortfall could be as high as 113,000 if all the needs of an aging population are taken into account (Table 6.3).

The importance and focus of addressing the nursing health human resource issue is imperative. We ignore it at the peril of our health care system. That is the message that we cannot state any more passionately to you as a committee looking at the future of our health care system.

Kathleen Connors, Canadian Federation of Nurses Unions (13:79)

TABLE 6.3
NUMBER OF EMPLOYED REGISTERED NURSES NEEDED
TO ADEQUATELY MEET DEMANDS IN 2011

Projected level of demand	Needed	Available	Deficit
Low	290,000	231,000	59,000
Medium	317,000	231,000	86,000
High	344,000	231,000	113,000

Source: Statistical picture of the past, present and future of RNs in Canada, CNA, 1997.

While witnesses acknowledged that the nursing shortage is worldwide in nature (with only Hong Kong registering a surplus of nurses¹⁵⁷), they also indicated that the severity of

¹⁵⁵ Aiken, Linda et. al., "Nurses Reports on Hospital Care in Five Countries" in *Health Affairs*, May-June 2001.

¹⁵⁶ Kathleen Connors (13:65).

¹⁵⁷ Canadian Federation of Nurses Unions, Brief to the Committee, 16 May 2001, p. 5.

the situation facing nursing in Canada had its origins in the cost containment strategies that were initiated by all governments across the country in the early 1990s. For this reason, they unanimously recommended that more funds be invested in the health care system so that the shortage in nursing resources could be redressed. For example, Régis Paradis, President of the Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, argued that "even if the federal government had to take various steps to put its fiscal house in order, we believe that the cuts have been too drastic, carried out without meaningful consultation and also without taking into account the real needs of the public."¹⁵⁸ Similarly, Sandra MacDonald-Remecz, Director of Policy, Regulation and Research at the Canadian Nurses Association (CAN), affirmed to the Committee:

*If I were to leave with you any message, it is that I believe that investing is extremely important. We need to invest so that we can have the kind of qualified, competent worker within our health system. If you do not have that competent, qualified person, you do not have a health system.*¹⁵⁹

6.2.2 Working Conditions

The shortage of nurses has important consequences both for the delivery of health care and for the working conditions faced by health care providers who have to try to cope with fewer available people. Kathleen Connors noted that "Canada is suffering a nursing shortage that regularly closes emergency rooms and shuts operating rooms,"¹⁶⁰ and added:

*Shifts piling on top of each other take their toll on nurses who might be taking care of your mom or your child. In some cases, we are doing so having worked more than 60 hours in the week... Flight attendants have mandatory time off, but nurses do not. In the end, that is not good for nurses and it definitely is not good for those for whom we care.*¹⁶¹

Despite the overall shortage of nursing personnel, full-time employment for nurses has become less common. Sandra MacDonald-Remecz told the Committee that "the period that we have gone through saw a significant move to part-time and casual status."¹⁶² In fact, the number of nurses working part-time increased by almost 10% between 1990 and 1997 while those in full-time positions declined by about 8.5%. There was also a 37.5% increase in the number of nurses working as casuals over the same period. While it is no doubt true that some nurses prefer part-time work, nonetheless about 19% of nurses employed part-time in 1998 held down more than one job, and very few nurses voluntarily choose casual work.¹⁶³

¹⁵⁸ Régis Paradis (13:50).

¹⁵⁹ Sandra MacDonald-Remecz (13:63).

¹⁶⁰ Kathleen Connors (13:54).

¹⁶¹ *Ibid*

¹⁶² Sandra MacDonald-Remecz (13:61).

¹⁶³ Dussault, Gilles *et. al.*, *The Nursing Labour Market in Canada: Review of the Literature*, December 1999, p. 25.

The “casualization” of the workforce has also meant that it is increasingly difficult for new nursing graduates to secure permanent positions. This tends to reduce the attractiveness of nursing as a career choice and to prolong the apprenticeship period of new graduates. In this regard, Kathleen Connors pointed out that:

*The situation facing those younger nurses is that of casual or part-time employment opportunities – working for several employers, instead of working full-time for one employer. In 1998, 48 per cent of all nurses in Canada were working part-time. It just should not be.*¹⁶⁴

According to witnesses, this contributes to a situation where 3 in 10 nurses leave the profession in the first five years after graduation.¹⁶⁵

This combination of an overall shortage of nursing personnel and under-utilization of trained nurses is also evident with regard to other categories of nursing personnel. For example, Linda Jones from the Nurse Practitioners Association of Ontario told the Committee that “of our 401 graduates, 200 of them are under- or poorly employed as nurse practitioners.”¹⁶⁶ Similarly, Régis Paradis indicated that, “we (...) consider that the skills of Quebec auxiliary nurses are not being fully used,”¹⁶⁷ and that “the solution to the problem of work overload, in addition to putting more money into the system, lies partly in making more use of auxiliary nurses.”¹⁶⁸

But the deterioration in working conditions for nurses extends beyond the full utilization of the different categories of nursing personnel. According to CIHI, nurses account for over 75% of workplace injuries in health care, stemming mainly from lifting and moving patients. During her testimony, Kathleen Connors indicated that:

*(...) nurses are sicker than any other worker in the country. In fact, 8.4 percent of nurses are absent from work due to illness each week. That is twice the national average.*¹⁶⁹

Witnesses also raised concerns that there are many ways in which nurses are not being accorded the respect they deserved for their essential contribution to the health care system. Amongst the issues that have been raised as critical to retaining nurses in the profession are appropriate workload, adequate continuing education, career mobility, flexible scheduling and deployment, professional respect and good wages. Witnesses argued that what is needed to retain nurses in the profession in Canada is a comprehensive approach to ensuring a healthy work environment that also allows nurses sufficient autonomy in carrying out their duties and room for ongoing professional development. The Canadian Nurses Association identified seven areas of action needed to retain nurses:

¹⁶⁴ Kathleen Connors (13:55).

¹⁶⁵ Canadian Nurses Association, Brief to the Committee, 16 May 2001, p.4.

¹⁶⁶ Linda Jones (13:46).

¹⁶⁷ Régis Paradis (13:51).

¹⁶⁸ Régis Paradis (13:65).

¹⁶⁹ Kathleen Connors (13:54).

- Improve work design
- Facilitate use of full scope of practice
- Provide support for professional development and continuous learning via taxes, training and time
- Identify career opportunities and offer career planning
- Support flexible scheduling
- Provide accessible professional supports
- Improve access to research on clinical disease issues and provide time to review and stay up-to-date.

6.2.3 Training and Recruitment in Nursing

The Committee was told that there are many difficulties in recruiting enough young people to train as nurses. Witnesses contended that nursing, which remains an overwhelmingly female profession,¹⁷⁰ is no longer as attractive a career option for young women entering university as it was for the previous generations. Sandra MacDonald-Remecz noted that “we have seen a 50 per cent reduction in the number of graduates in nursing over the last 10 years.”¹⁷¹

Figures indicate that not only are fewer new nurses entering the profession each year, but those that do are older than previously. The number of new nurses graduating each year was in the 10,000 per year range in the 1970s and in the 8,000 per year range in the 1980s. Since then, each class has become increasingly smaller and only 5,500 nurses graduated in 1995. Witnesses pointed to the solution adopted in the Republic of Ireland, where they waived all tuition fees for nursing students, as being worthy of emulation.

The issue of continuing education for nursing was also raised at the Committee’s hearings. The lack of opportunity for ongoing education was pointed to as part of the problem explaining the attraction of new graduates in nursing to the United States. While no exact figures are available, some media reports have suggested that as many as 20,000 Canadian nurses have been recruited by American hospitals. According to Sandra MacDonald-Remecz:

(...) when we look at why the Americans are so successful in recruiting our new graduates, we see that it is because they promise continuing education opportunities right from the time they sign on.”¹⁷²

¹⁷⁰ According to Kathleen Connors, 96 per cent of nurses are women (13:65).

¹⁷¹ Sandra MacDonald-Remecz (13:61).

¹⁷² Sandra MacDonald Remecz (13:61-62).

One way of facilitating ongoing education was suggested by Kathleen Connors:

*(...) one of the issues that we continue to promote and hope that there will be support for, is the use of employment insurance dollars. There is a surplus. If skilled trades can access EI dollars to continue to advance their education, why can nurses not do the same thing? We need to look at that. Why does EI prevent access of dollars for post-secondary education?*¹⁷³

Another solution was proposed by Ms. MacDonald-Remecz:

*Signing bonuses are another incentive - which, in a field like health care it sounds almost heretical to be taking on that kind of orientation. However, it is something that many organizations are realizing that they may need to do. In other words, we need to be more aggressive and recognize that people will not just naturally come into the profession.*¹⁷⁴

6.3 Other Health Care Providers

Many other health care providers, from pharmacists to laboratory technologists to ultrasound technicians, have voiced similar complaints to the ones expressed by physicians and nurses over human resource shortages and deteriorating working conditions throughout Canada's health care system.

For example, the Canadian Society for Medical Laboratory Science (CSMLS) predicts a nation-wide shortage of general medical laboratory technologists within the next 5 to 15 years. Moreover, medical laboratory technologists are aging: 12% of the current workforce will be eligible to retire in 5 years, 15.8% in 10 years and another 16.6% in 15 years. By the year 2015, 44.4% of the medical laboratory workforce will either have retired or will be eligible to retire.¹⁷⁵ In its brief, the Society stressed that the number of training positions would have to be increased significantly to avert the shortage of technologists. Medical laboratory technologists also stressed the need for ongoing training to enable them to operate new high-tech equipment. Moreover, the medical laboratory workforce is also experiencing high levels of burnout and fatigue. Finally, the establishment of a national data base was recommended to develop accurate projections of future human resource requirements in health care.

Chiropractors are mostly neuromusculoskeletal physicians. They are currently unable to utilize all the tools of the profession and are hampered clinically. We are denied hospital access, sometimes unable to treat lifelong patients who become institutionalized. We are denied x-ray access and access to blood and urine analysis.

Dr. Tim St. Denis, President, Canadian Chiropractic Association (13:85)

¹⁷³ Kathleen Connors (13:78).

¹⁷⁴ Sandra MacDonald Remecz (13:61).

¹⁷⁵ Canadian Society for Medical Laboratory Science, Brief to the Committee, 26 April 2001, p. 2.

The Canadian Pharmacists Association also pointed to a current shortage of pharmacists. This shortage is not unique to Canada, but is a problem faced in many countries including the United Kingdom and the United States. The low supply of pharmacists translates into increased numbers of vacancies, longer times to fill vacancies, increases in overtime hours, and wages rising in excess of the cost of living. A recent study suggests that well over 2,000 additional pharmacists could readily find work in Canada.¹⁷⁶ In the context of the growing evidence of drug-related complications, an aging population, and rising public expectations, it is anticipated that pharmacists will be increasingly valued and demanded for their knowledge, skills, and cost-effective contribution to the health care system. The study also mentions that currently available information offers an incomplete picture of the labour market for pharmacists.

Chiropractors' representatives told the Committee about their particular situation. Chiropractic services are not considered as medically necessary under the *Canada Health Act*. Only a few provinces provide public insurance for chiropractic services. The Committee was told that there are over 5,000 practising chiropractors in Canada and that approximately 4.5 million Canadians use their services every year. In its brief, the Canadian Chiropractic Association stated that chiropractors are not being utilized by Canada's health care system in the most effective way. There are policy and legislative barriers to chiropractic services which result in inequitable resource allocation irrespective of patient choice, efficacy or cost-effectiveness. For example, chiropractors do not have hospital privileges, they cannot refer their patients to publicly supported X-ray facilities or diagnostic laboratories, or render services to their patients who may require hospitalization.

6.4 Primary Care Reform

Testimony before the Committee by health care providers, particularly physicians and nurses, clearly indicated that a more rational and efficient use of human resources requires a rethinking of the organization and the funding of primary health care delivery in Canada.

"Primary health care" refers to the first level of care, and is usually the first point of contact that people have with the health care system. Primary health care settings support individuals and families to make the best decisions for their health. Primary health care services need to be:

- coordinated;
- accessible to all consumers;
- provided by health care professionals who have the right skills to meet the needs of individuals and communities being served; and
- accountable to local citizens through community governance.

Multidisciplinary teamwork must therefore be a vital part of primary health care. The goal of this teamwork is not to displace one health care provider with another, but rather to look at the unique skills each one brings to the team and to coordinate the deployment of these

¹⁷⁶ Peartree Solutions Inc., *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada*, Canadian Pharmacists Association, May 2001 (available at <http://www.cdnpharm.ca/>).

skills. Clients need to see the health care provider who is most appropriate to deal with their problem.

The way in which health care is currently delivered in Canada does not normally reflect a primary health care philosophy (although Community Health Centres are an example of organizations that do deliver health services using such a philosophy). Health services are often not coordinated, nor are they being provided by the most appropriate practitioner; as well, the knowledge and skills of many practitioners are not being fully utilized.

The need for significant changes to the way primary health care is delivered has been the principal thrust of the recommendations of a number of provincial health care reviews, notably the Sinclair Commission Report in Ontario, the Clair Commission Report in Quebec and the Fyke Commission Report in Saskatchewan. In fact, the importance of changing the way primary health care is delivered is so widely established that, in September 2000, provincial and territorial governments all agreed to accelerate primary health care renewal.

The federal government is actively supporting the efforts of provinces and territories in primary health care reform and renewal. More precisely, it has established a Primary Health Care Fund of \$800 million over four years (2000-2004) to support the transitional costs of implementing systemic, large-scale, primary health care initiatives. Some 70% of the funds are to be devoted to major provincial and territorial reforms, while the remaining 30% is going to support national and multi-jurisdictional initiatives related to advancing primary health care reform.

Dr. Thomas Ward indicated that Canadians and physicians support the idea of moving towards multidisciplinary primary care teams:

There was a survey last fall in which, when Canadians were asked if they would rather receive their care from a family physician or from a primary care team that included a family physician, their response was 4 to 1 in favour of the team. They would much rather have a team of health care providers. Our vision for the future is full integration wherever primary health care is provided through practising within interdisciplinary teams.¹⁷⁷

The Committee was also told that reform of primary care is clearly central to the possibility for the full deployment of the additional skills possessed by nurse practitioners. Primary health care nurse practitioners are experienced registered nurses with additional nursing education that enables them to provide individuals, families and communities with health services in the areas of health promotion, disease and injury prevention, cure, rehabilitation and support. Their skills include the ability to: provide health screening activities such as PAP smears; to diagnose and treat minor illnesses such as ear and bladder infections or minor injuries such as sprains; to screen for the presence of chronic disease such as diabetes; and to monitor people with stable chronic disease such as hypertension. They function within the full scope of nursing practice and are neither second-level physicians nor doctor's assistants. As Linda Jones, from the Nurse Practitioners Association of Ontario, said:

¹⁷⁷ Dr. Thomas Ward (13:21).

*A very important...point is the lack of public understanding of the role, impacts and utilization of nurse practitioners. If we are seen as physician replacements – you cannot see your family doctor, you must see your nurse practitioner instead – that will not enhance or increase public acceptance of us.*¹⁷⁸

While nurse practitioners are an important part of primary health care reform, there remain considerable barriers to their full integration into the system of primary health care delivery. Ms. Jones pointed out that, in Ontario:

*The existing legislation, although we are incredibly excited about the fact that we now have our own autonomy to do our role, leaves us with barriers. For example, the public hospitals act does not allow us to perform our role in hospitals.*¹⁷⁹

The Committee was told that the barriers are not exclusively legislative or organizational, however. They are also created by the way that money is distributed throughout the health care system, and, in particular, by the overwhelming reliance on fee-for-service payment as the main method for remunerating physicians. Fee-for-service tends to actively discourage physicians from promoting teamwork, as their individual remuneration depends on the number of patients they see. In her testimony, Linda Jones pointed to another way that fee-for-service payment prevents full collaboration amongst health care providers:

*(...), although we have skills and knowledge to refer to medical specialists, the current payment system under OHIP does not give a specialist the full consulting fee if the referral comes from nurse practitioners. Therefore, they decline our referrals.*¹⁸⁰

The main alternatives to fee-for-service payment are salary- and capitation-based systems, where physician practices are remunerated based on the number of registered patients. William Tholl, Secretary General and Chief Executive Officer of the Canadian Medical Association (CMA), told the Committee that physicians are willing to consider other forms of remuneration:

*The CMA would suggest, as I would also suggest, that the form of payment should follow the functions that you identify for the physician in the system. Clearly, physicians and other health professionals working in rural and remote areas have a different function in the system as compared to those that work in downtown Toronto.*¹⁸¹

¹⁷⁸ Linda Jones (13:47).

¹⁷⁹ Linda Jones (13:46).

¹⁸⁰ Linda Jones (13:47).

¹⁸¹ William Tholl (17:18).

6.5 Committee Commentary

The Committee is convinced that addressing the issues relating to human resources in health care must be amongst the top health care policy priorities for all levels of government. What is needed is a country-wide, long-term, made-in-Canada, human resources strategy. The federal government could play an important role in coordinating and implementing such a strategy. Of course, not only do the provinces and territories have the responsibility for the delivery of health care to their populations, they are also responsible for education and training. The challenge is therefore to find a way to develop such a strategy in a manner that is acceptable to the provinces and territories.

In the past, the federal government has contributed capital funds toward the creation of new health services training programs, notably in the 1960s when it was involved in the expansion of a number of medical schools. The federal government has also contributed to training programs for some health professionals under the various federal training programs which have existed over the years. Moreover, the federal government, through its support for such institutions as the Medical Research Council and now the Canadian Institutes for Health Research, has helped support graduate students pursuing health research for more than 40 years.

It is important that the federal government continue this involvement in order to help resolve the many health care human resource challenges facing the country. This includes assisting the provinces in their efforts to reform primary health care, because ways of effectively deploying human resources are intimately tied to the reorganization of primary health care.

CHAPTER SEVEN:

HEALTH RESEARCH

Health research is about creating new knowledge with respect to health and health care. Health research can lead to the development of new or improved drug therapy, treatment, medical equipment and devices; as well, its results provide information on new ways of organizing and delivering health care. Health research contributes to a better understanding of the complex interplay of the determinants that affect our health and susceptibility to disease.

With the creation of the Canadian Institutes for Health Research (CIHR), the federal government expanded its definition of health research. More precisely, it moved beyond its previous emphasis on basic and applied research – mostly biomedical and clinical research activities – to encompass a wider range of disciplines and components. This shift was part of the general movement toward a population health approach that acknowledges that health is broader than health care, as well as a response to the increasing need to obtain evidence-based information to allow for effective health care reform and renewal. Table 7.1 summarizes the four main research components now financed by the CIHR.

TABLE 7.1
CIHR – THE FOUR COMPONENTS OF HEALTH RESEARCH

Biomedical research	<i>Pertaining to biological organisms, organs, and organ systems</i>
Clinical research	<i>Involving direct observation of people undergoing medical care</i>
Health services research	<i>Embracing health care delivery, administration, organization and financing</i>
Population health research	<i>Focusing on the broad factors that influence health status (socio-economic conditions, gender, culture, education, etc.)</i>

Research plays a vital role in the field of health and health care. The Committee held two sets of hearings on health research. Testimony was heard with respect to: 1) the role of the federal government in health research; 2) genetics and genomics research as the burgeoning research areas and their implications on health and health care; and 3) the benefits and challenges of health research.

7.1 Federal Role in Health Research

The federal government plays a major role in supporting health research carried out in universities, teaching hospitals and research institutes (extramural research), as well as in its own laboratories (intramural research). According to Kimberly Elmslie, Acting Executive

Director, Health Research Secretariat, Health Canada, the federal government's role in health research and health care research is multi-faceted and includes:

- Setting research priorities;
- Undertaking research in areas related to direct federal responsibilities (e.g., health protection, risk management, Aboriginal health);
- Funding extramural research and related science and engineering research;
- Supporting the training and development of researchers (e.g., through the Canada Research Chairs Program, the CIHR and the other granting councils);
- Funding research infrastructure (through the Canadian Foundation of Innovation);
- Supporting information and systems management (CIHI and Statistics Canada);
- Funding Networks of Centres of Excellence (Industry Canada and Health Canada).¹⁸²

Only a relatively small proportion of federally funded health research is conducted in federal government facilities (less than 20%). Federal facilities in which health research is performed include Health Canada, Statistics Canada, the National Research Council, Human Resources Development Canada and Environment Canada (in partnership with Health Canada). For the most part, health research funded by the federal government is extramural and takes place in universities and hospitals (72%), private non-profit organizations (6%), and business enterprises (1%).¹⁸³

The principal federal funding body for health research is the CIHR (see Table 7.2). In fact, the CIHR is the only federal entity whose budget is entirely devoted to health research. Its creation in 1998 involved the merging of the Medical Research Council of Canada with the National Health Research and Development Program (NHRDP), Health Canada's main financing instrument for extramural health research. Health Canada is also involved in multiple internal research activities, as well as in extramural research, which are all devoted to the health field. There are, however, other research-oriented bodies supported by the federal government along with other partners where the focus is entirely health-related. These include the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), the Canadian Institute for Health Information (CIHI), and the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA).

In addition, several secondary sources of federal health research funding are available. The federal government is responsible for a number of research councils, agencies and programs where only a portion of their budget goes to health-related research. These include the Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, the Social Sciences and Humanities Research Council, the Canada Foundation for Innovation, the Canada Research Chairs, and the Networks of Centres of Excellence (it is worth noting that seven networks, of

¹⁸² Kimberly Elmslie, Health Research Secretariat (Health Canada), Brief to the Committee, 26 April 2001, p. 1

¹⁸³ Sonya Norris, Nancy Miller-Chenier and Odette Madore, *Federal Funding for Health Research*, TIPS 56E, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 11 December, 2000.

the currently-funded 18 NCEs, conduct health research in the fields of: arthritis, bacterial diseases, vaccines and immunotherapeutics for cancer and viral diseases, stroke, health evidence application, genetic diseases, and protein engineering).

TABLE 7.2
Primary Sources of Federal Health Research Funding in 2000

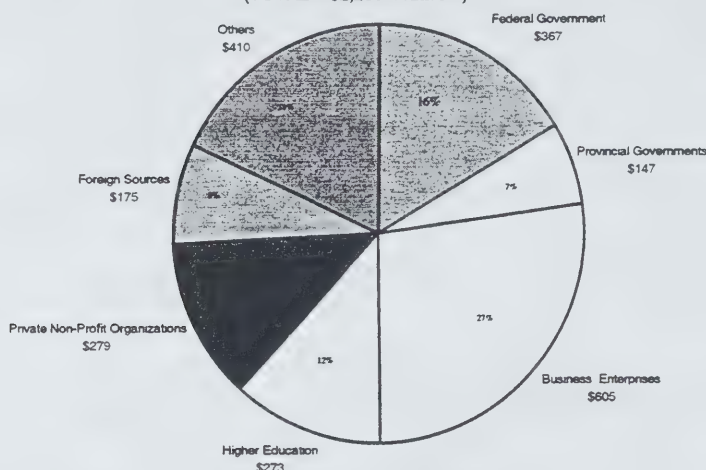
Primary Federal Funding Source	Date Established	Federal Contribution in or around 2000
Canadian Institutes of Health Research	2000	\$402 annual
Health Canada Health Transition Fund	1997	\$150 million for 3 years
Health Canada Population Health Fund	1999	\$14 million annual
Health Canada Canadian Health Infostructure Partnerships program (CHIPP)	2000	\$80 million over 2 years
Health Canada Centres of Excellence for Children's Health	2000	\$20 million over 5 years
Health Canada Centres of Excellence for Women's Health	1996	\$12 million over 6 years
Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)	1996	\$65 million over 5 years
CHSRF Nursing Research Fund	2000	\$2.5 million annual (for 10 years)
Canadian Institute for Health Information (CIHI)	1994	\$328 million over 3-4 years (1999-03)
CIHI Canadian Population Health Initiative	1999	\$20 million over 4 years (1999-03)
Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment	1989	\$3.7 million (2000) - \$4.34 million per year (2001-04)

Source: Sonya Norris, Nancy Miller-Chenier and Odette Madore, *Federal Funding for Health Research*, TIPS 56E, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 11 December 2000.

Overall, the federal government plays an important role in funding health research in Canada. Graph 7.1 indicates that, in 1998, almost \$370 million of federal funding was allocated to health research. This was prior to the establishment of the CIHR. However, the proportion of health research funding provided by the federal government declined steadily from a high of 28% in 1992 to 16% in 1998. Since 1994, the pharmaceutical industry has been

the leading source of funds for health research. The federal government believes that its position in terms of health research funding will greatly improve as a result of the establishment of the CIHR along with additional investment announced in both the February 2000 budget and the October 2000 Economic Statement and Budget Update. The federal government also provided an additional grant of \$140 million in February 2001 to Genome Canada bringing their total budget to \$300M.

GRAPH 7.1: SOURCES OF FUNDING FOR HEALTH RESEARCH IN CANADA, 1998
(TOTAL = \$2,256 MILLION)



Source: Statistics Canada, "Estimates of Gross Expenditures on Research and Development in the Health Field in Canada, 1970 to 1998", In Science Statistics, Service Bulletin, Vol. 23, No. 4, July 1999.

The whole health research community welcomed the new infusion of federal funds. For example, Dr. Barry D. McLennan, Chair of the Coalition for Biomedical and Health Research (CBHR), stated:

*The [federal government] has done its part recently. During the past few years, it has created a modern, new health research funding agency, introduced a broad range of new funding programs for health researchers, announced funding for infrastructure support to ensure that research facilities are conducive to innovation and developed policies that will attract world class research and researchers in Canada. These initiatives deserve praise for far-sightedness and for the important momentum that they have created with the health research community in Canada.*¹⁸⁴

The Committee was told that, while the increase in federal funding represents significant support for health research, it does not bring Canada to a favourable position worldwide. In 1997, Canada devoted only 1% of its total health care spending to health research and ranked 6th behind the United Kingdom (6.5%), France (3.7%), Japan (2.4%), the United States (1.7) and Australia (1.4%). The same year, Canada ranked 5th among 8 OECD countries in terms of overall spending on health research expressed in PPP per capita.¹⁸⁵ Furthermore, the

¹⁸⁴ Dr. McLennan, *The Improving Climate for Health Research in Canada*, Brief to the Committee, 9 May 2001, p. 2.

¹⁸⁵ The conversion into purchasing power parity (PPP) per capita eliminates price disparities between countries and evaluates spending that is adjusted to population size.

role of the central government in financing health research, expressed in PPP per capita, was far more important in the United States, the United Kingdom, France and Australia than in Canada. For example, the American government provided four times more funding per capita to health research than did the Canadian government. This was prior to the establishment of the CIHR.

Witnesses unanimously recommended that the federal government's share of total spending on health research should be increased to 1% of total health care spending from its current level of approximately 0.5%. In their view, this would bring the level of the federal contribution to health research more in line with that of central governments in other countries. According to Dr. Alan Bernstein, President of the CIHR, such federal investment is essential to maintain a vibrant, innovative and leading-edge health research enterprise:

However, despite the significant research funding increases represented by the 1999 budget commitment, Canada does not compare favourably with its major competitors in terms of the amounts government-sponsored agencies dedicate to health research. In many ways, Canada is simply playing catch-up with the United Kingdom, France and the United States, which have increased funding to health research between 30% and 50% during the past decade. Canada's cumulative increase, even taking into account the CIHR commitment, was slightly more than 10% during the same period. In this fiscal year, the U.S. National Institutes of Health has received five times the funding enjoyed by the former Medical Research Council (MRC) on a per capita basis. Even after the CIHR commitment is fully realized in 2002, it is estimated that the U.S. will be providing as much as four times the funding per capita than will Canada.

Murray Elston, President, Rx&D, Brief, p. 7.

(...) health care is Canada's largest knowledge-based industry. If I were a CEO of Health Canada Inc. and said that we are going to double our spending to 1 per cent of our total budget on research, you would fire me if you were on the board. You would say that 1 per cent is ridiculously low for a knowledge-based industry. Despite Nortel's problems, Nortel and all the high-tech companies down the road here in Ottawa spend between 20 per cent and 40 per cent of their revenues on research. How else can they be at the leading edge?¹⁸⁶

7.2 Genetics and Genomics

Witnesses told the Committee that health research in Canada and throughout the world is currently undergoing a scientific revolution. They explained that this revolution in health research is fuelled by the ongoing advances in genetics and genomics (see Table 7.3 for some definitions).

In the view of witnesses, the revolution in health research can be seen as a significant driver of change in Canada's health care system. For example:

- Genetic research offers a new capability to predict, decades in advance, who is susceptible to a given disease. This new capability is based on the

¹⁸⁶ Dr. Alan Bernstein (9:17).

identification of the gene(s) that cause or predispose an individual to certain diseases. Dr. Bernstein told the Committee that we already have this capability now for about 5-10% of all breast and colon cancers, Alzheimer's Disease, and other less common diseases. Because early diagnosis can often lead to better health outcomes at lower cost, experts in health research predict that the next 10-20 years will be marked by a significant shift in health care delivery from disease treatment to prevention strategies.

Ten to 20 years from now, our health care system will undoubtedly be vastly different than it is today. These profound tectonic shifts will be largely driven by science. The health care sector is truly Canada's largest knowledge-based industry, and to contribute to this global health revolution for the health and wealth of all Canadians our country needs a robust, innovative and evidence-based health care system. We require a culture that can respond to change, that can innovate and originate change, a culture that recognizes and awards excellence and evidence-based decision making.

Dr. Alan Bernstein, CIHR (9:10)

TABLE 7.3: BASIC GENETIC LEXICON

Human Cells	All living organisms are composed of one or more cells. They are the individual units from which tissues of the body are formed. The human body is composed of some 100 trillion cells.
DNA	Abbreviation for "deoxyribonucleic acid," the chemical building blocks of which genes are constructed.
Chromosome	Discrete unit of the genome that carries many genes and consists of histone proteins and a very long molecule of DNA that is tightly coiled. Human cells (except the reproductive and red blood cells) carry 23 pairs of chromosomes, one chromosome of each pair having originated from either genetic parent.
Genes	The unit of hereditary material, which is the physical basis for the transmission of the characteristics of living organisms from one generation to another. Genes are made of DNA and occupy a specific place on a chromosome.
Genome	The entire hereditary or genetic material contained in a cell, including both the nuclear and mitochondrial DNA. The human genome project involves research and development activities aimed at mapping and sequencing the entire human genome.
Stem Cells	The primitive undifferentiated cells that have the potential to differentiate into any cell type. Stem cells have been identified in embryonic, foetal, child and adult sources but embryonic stem cells are believed to have the greatest potential in terms of differentiating into virtually any cell or tissue type.
Genetics	Genetics is the study of traits (genes) that are passed on from parents to offspring and the variation of those traits in individuals.
Genomics	The study of genes and their role in an organism's structure, growth, health and disease. Genomics is distinct from genetics in that it acknowledges that rarely is the manifestation of a disease dependent solely on the presence of a single gene. More often disease will involve multiple genes, compounded perhaps by the absence of another, and influenced by seemingly random environmental factors that are difficult to define.

Biotechnology	The means of manipulating other organisms to provide desirable products for human use. Biotechnology in the field of health and health care is used for disease surveillance, diagnosis, treatment and prevention. It permits the identification of disease agents where conventional means do not succeed, allows better tracking of pathogens, facilitates earlier detection of disease and provides therapeutic products and processes. Biotechnology is also used as a product base in the health industrial sector, and as an enabling technology in health sciences.
----------------------	--

Source: Library of Parliament. Adapted from the National Human Genome Research Institute, National Institute of Health (US), *Genetics – The Future of Medicine* (www.nhgri.nih.gov); Industry Canada, *The Biotechnology Gateway* (<http://strategis.ic.gc.ca/SSG/bo01376e.html>), and Kimball R. Nill, *Glossary of Biotechnology Terms*, (<http://biotechterms.org>).

- New insights into the molecular mechanisms that underlie most illnesses will enhance our understanding of the basic biology of disease. This will change how disease is diagnosed and how it can be treated. It will also change how drugs are designed. An entirely new generation of drugs, which is likely to be more effective, with fewer side-effects but more expensive, will be designed according to the molecular pathology of disease. These changes will have a significant impact on Canada's health care system.

We know already that early diagnosis provides a better and cheaper therapy than anything after-the-fact. If genomics research can help us identify the conditions to which we are most susceptible, then it will be possible to take preventative measures early in the process. As a result, during the coming decades, it is likely that disease management will shift from treatment of contracted conditions to prevention strategies.

Dr. McLennan, Brief, p. 4.

- Genetic research will change the focus of the practice of medicine from a generalized to a highly targeted, individualized approach. Currently, clinical practice guidelines and provincial drug formularies are developed on the basis of disease uniformity. With advances in health research, however, we will move towards tailored care, based on patient variability.
- Stem cell technology is another good example of the potential impact health research can have on health and health care. Currently the research community is very enthusiastic about the potential of stem cells, particularly embryonic stem cells. It is anticipated that research on these cells will lead to treatments for serious diseases such as Parkinson's and Alzheimer's. It is also widely believed that these cells can ultimately be manipulated to grow into virtually any tissue or organ thus providing much needed organs for transplant. Recent research has been successful in 're-programming' undifferentiated stem cells into producing insulin. This is a function only performed by pancreatic islet cells. Should this treatment prove to be successful in the treatment of diabetes (a cure really) it will not only improve the quality of life for the individual, but will save the cost of care for the primary disease and its secondary complications as well. The federal government has unveiled, under its Proposals for Legislation Governing

Assisted Human Reproduction, draft legislation that would allow for embryo research, including stem cell research. The proposals, which include regulation of such research, is currently under review by the House of Commons Standing Committee on Health.

The genetics and genomics revolution is raising ethical, legal and social issues. As Dr. Bernstein clearly pointed out:

*The ability to predict disease, decades in advance, has profound implications for how we view our lives and make life decisions. How will this new genetic information affect our decisions about whether to have children — and what should we tell them? What should they tell us? Do our employers and insurance agents have the right to access our genetic information?*¹⁸⁷

In the same vein, Ms. Elmslie noted:

*We are seeing rapid advances in science and technology. They are very exciting. However, we cannot forget the social and ethical issues that they raise for us as a society and as a population. Research that moves us forward, for instance, in genetics and genomics, needs to be accompanied by a vigorous research agenda in the ethical and social aspects and implications of that research. The purpose of the agenda is not in any way to prevent bringing the benefits of that research to the population. Its purpose is to understand the impacts on what we value as a society and what we need to do to put the pieces together in a way that Canadians can understand and make informed choices concerning the options that become available to them.*¹⁸⁸

With respect to stem cells, the CBHR stressed in its brief the need to protect basic human rights and guard against long-term damage to life and the environment. The Coalition suggested that a national oversight body should be established to provide ethical review of all publicly and privately funded research using human embryo or foetal tissue, including embryonic stem cell research. Full ethical review should include review by both the local research ethics board and the national oversight body.

7.3 Benefits and Challenges of Health Research

The benefits of health research are significant. Health research leads to improved drug therapy and diagnosis, enhanced prevention, and targeted treatment. Health research fosters the creation of knowledge-based employment and it contributes to stemming the brain drain. The Committee heard that it improves the personal and economic health of Canadians:

¹⁸⁷ Dr. Alan Bernstein, Brief to the Committee, p. 5.

¹⁸⁸ Kimberly Elmslie, Health Canada (9:24).

*Health research provides enormous economic, social and health care rewards to society. The jobs that are created by these investments are high quality, well-paying, knowledge-based positions that generate worldwide recognition for Canadians. These investments also support the rejuvenation of academic institutions across the country. They help train new health professionals in the latest technologies and techniques and they provide important support for the health care delivery system in Canada. Most importantly, the results of these activities lead directly to better ways to treat patients, which ensures a healthier and more productive population.*¹⁸⁹

Dr. Pat Armstrong from the Centre for Excellence in Women's Health told the Committee that health research is important not only to discover new treatments and drug therapies; it is also essential to chart the future of the Canadian health care system and the impact of changes on women, men and children in their different physical, economic, social and cultural locations across the country. In her view, sex and gender differences should be taken into account in health research.¹⁹⁰ Failure to do so makes health research partial at best and greatly incomplete at most:

For example, it has become increasingly clear that some forms of medical intervention in the natural events of women's lives, such as pregnancy, childbirth and menopause, are costly and unnecessary. Other significant issues, such as the extent and impact of violence and stress on women's health, have been overlooked or ignored.

*Women are often under-represented in clinical trials of new medical treatments and drugs. This can be true even when the product or therapy under review is intended to treat ailments like heart disease – the number one killer of Canadian women. New therapies are often approved without a clear understanding of how they will affect women and men differently.*¹⁹¹

Ms. Elmslie told the Committee that: "Research is a critical element and important tool, but the tool is only as good as the use we make of it. Without investing in the transfer [of knowledge] (...), we are really missing the opportunity to be able to see positive outcomes in the health of the population."¹⁹² The outcomes of health research must be made available to policy-makers, health care providers as well as to the public.

Dr. Bernstein told the Committee that the CIHR will be developing a multi-faceted "knowledge translation" initiative. He explained that a website called "Research Net" will be available for the use of all Canadians, be they researchers, health care providers, consumers, etc. The site will contain information for everyone, from students in grade 6 doing a science project on health, to health professionals learning the very latest in the field, to researchers who want to know how to apply for funding, to policy-makers across the country

¹⁸⁹ Dr. McLennan, Brief to the Committee, p. 2.

¹⁹⁰ While sex refers to the biological differences between men and women, gender refers to the social or cultural roles and characteristics that define them.

¹⁹¹ Centre for Excellence in Women's Health, *Champions of Research Innovation*, p. 2.

¹⁹² Kimberly Elmslie (9:23).

who are interested in the latest evidence-based decision-making issues with which they must deal. It is expected to be ready in late 2002.

One organization, the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), is dedicated to knowledge transfer. The CHSRF is a not-for-profit organization established with federal funding whose mission is to sponsor and promote applied research on the health care system to enhance its quality and relevance, and to facilitate its use in evidence-based decision-making by policy-makers and health care managers. Similarly, CIHI is another entity that brings data into the decision-making process.

With respect to the lack of information to the general public, Murray J. Elston, President of Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies (Rx&D), told the Committee:

*The issue of public awareness and public education is also very important. This is an area of which the public is well-aware, but not necessarily well-informed. Today concerns about genetic research in medicine, animal cloning, embryo research and genetically modified foods are mixed in the public consciousness. It is vital that the level of public understanding is increased, so that the role of genetics in medical research is separated from the sensationalism of the newspaper headlines.*¹⁹³

Another major challenge in health research is the low level of training capacity. The Committee heard that academic health centres are currently under-funded and unable to respond to the challenges of contributing to Canada's success in developing a globally competitive health research sector. There is also great regional disparity in terms of health research capacity. For example, certain medical faculties and academic health centres in the Atlantic Provinces and in the Prairies lack the capacity to sustain and nurture growth. Dr. McLennan told the Committee:

*Given the paucity of well-trained and talented clinical faculty in many specialties across the country, those provinces with healthy budgets are able to offer salaries and resources that attract away these critical faculty from the under funded centres. The less-well resourced provinces then face a double jeopardy – the inability to recruit replacement faculty and the added stress and workload that fall upon those who are left behind. This scenario curtails teaching and research time, which eventually entices the remaining group to look for better opportunities in more financially endowed centres. This internal competition for talented people is counter-productive. It is an urgent matter that requires rapid attention at the federal level.*¹⁹⁴

¹⁹³ Murray J. Elston, The Implications of the Revolution in Genetics Research on Public Policy Development, Brief to the Committee, 9 May 2001, p. 4.

¹⁹⁴ McLennan, Brief to the Committee, pp. 8-9.

7.4 Committee Commentary

The Committee acknowledges that the federal government has, in recent years, contributed to the strengthening and better integration of the health research infrastructure. In particular, the creation of the CIHR in April 2000 – a model unique in the world – is a key element in ensuring that Canada is at the leading edge of the knowledge-based economy.

The Committee also agrees with the witnesses that Canada needs a robust, integrated and proactive health research sector. However, OECD data clearly show that Canada does not compare favourably with its major competitors in terms of public funding for health research. The role of central governments in many countries in financing health research is far more important than it is in Canada. It is imperative that the federal government addresses this concern.

Health research and innovation will be a major driver of change in Canada's health care system in the coming years. The knowledge gained as a result of health research translates directly into better diagnosis, treatment, cure and prevention of many diseases. The federal government's strategic investments in programs such as CFI, CHSRF, CIHR, Genome Canada and the Canada Research Chairs today will pay huge dividends for our health care system tomorrow.

We also agree that rapid advances in genetics and genomics will revolutionize health care delivery in unprecedented ways. This highlights the need for multi-disciplinary research that will examine the societal costs and benefits, the ethical considerations and potential unintended impact of advances in genetic and genomic research.

The Committee also concurs with the witnesses in regard to the transfer of knowledge generated by health research. The dissemination of health research results should reach everyone – government officials and policy-makers, health care providers and the general public. In our view, this will greatly enhance evidence-based decision-making with respect to health and health care to the benefit of all Canadians.

CHAPTER EIGHT:

HEALTH-RELATED INFORMATION: A CANADIAN HEALTH INFOSTRUCTURE

Health and health care are, and have always been, two fields that rely intensively on information. With the right information, a health care provider can order the right treatment, prescribe the most appropriate medication, or recommend the best preventive approach. With the right information, an individual is better able to take good decisions with respect to his/her health and lifestyle. With the right information, health care policy-makers and managers can decide on how to allocate financial, physical and human resources in the most cost-effective and efficient way.

Getting the right information, however, is not an easy task. For example, the Committee was told that doctors would currently need to read 19 scientific articles a day, 365 day a year, just to keep abreast of progress in medicine.¹⁹⁵ Obviously, it is almost impossible to keep pace with such overwhelming information. Similarly, individuals and patients are faced with an abundance of health-related information, with an estimated 40,000 health websites accessible to the general public.¹⁹⁶ It can be very difficult for them to discern between the good and the bad information.

And yet, despite the volume of information available, there is still a lot that we do not know about health and health care. According to witnesses, this is mainly because Canada's health care system is not integrated: physicians and other health care providers, hospitals, laboratories and pharmacies all operate as independent entities, with limited linkages to allow for the sharing of information about patients. While each entity holds a vast amount of current, relevant and valuable information on the health of individuals, such information is not standardized, it is stored in inconsistent means and, thus, it cannot be shared efficiently. This lack of integration impedes the establishment of a direct relationship between the inputs we use in the health care system and the resulting outputs or outcomes. This creates a significant barrier in evidence-based decision-making by both health care managers and policy-makers.

I believe that we do a wonderful job of creating data in the system, a mediocre job of turning it into information, a lousy job of turning it into knowledge, and an even worse job of sharing that knowledge. It is not because people do not want to do it. It is because people are so hard pressed by what they are doing that it is hard to step back and do broad-system thinking.

William J. Pascal, Director General, OHIH, Health Canada (12:6)

The Committee was told that the availability of, the accessibility to, and the sharing of the "right information" on health and health care could be greatly enhanced through the use of information and communications technology (ICT). Many witnesses stressed that the health care sector is far behind other information-intensive sectors – such as the banking

¹⁹⁵ William J. Pascal, Office of Health and the Information Highway (Health Canada), *A Health Infostructure for Canada*, Brief to the Committee, 10 May 2001, p. 1.

¹⁹⁶ Dr. Jill Sanders, CCOHTA (5:16).

industry, insurance companies and the airlines – in terms of investing in ICT for collecting, managing and analysing data. Dr. John S. Millar, Vice-President of Research and Analysis at the Canadian Institute for Health Information, described Canada's health care system as a "cottage industry":

*Hospitals, agencies and providers have long been used to working (...) as "cottage industry," looking after themselves and their own quality processes but not wanting to share that publicly. There has to be an increased stress on accountability and informing consumers who (...) are largely uninformed.*¹⁹⁷

In the same vein, David Cowperthwaite, Director of Information Systems at the New Brunswick Department of Health and Wellness, stated:

*By any measure, private sector or public, we are far behind an appropriate level of investment in infostructure for health care. We are behind government norms for good management compared to other programs, and we are certainly behind private sector norms for any information intensive industry.*¹⁹⁸

8.1 Concepts and Definitions

The use of ICT in the field of health care is often referred to as "telehealth". The purpose of telehealth is twofold: to share health-related information among various health care providers and health care settings; and to deliver health services over large and small distances. Telehealth applications can improve quality of care and enhance health care system management.

What advanced information and communications technologies (ICTs) have to offer to the health sector is timely access to the most current information where it is needed, when it is needed for those who need it to take action.

*William J. Pascal, OHIH,
Brief, p. 3.*

Dr. Robert Filler, President of the Canadian Society of TeleHealth (CST), told the Committee that telehealth encompasses five broad applications: electronic health record; health information networks; telemedicine; tele-homecare; and distance continuing education and training. Each of these applications is described briefly in Table 8.1.

The telehealth applications that are envisioned in Canada for the purpose of sharing the right information and integrating health care delivery include a system of EHR and an Internet-based health information system:

- The foundation of an EHR is electronic patient records (EPR) which represent the results of a series of encounters between an individual and a

¹⁹⁷ Dr. John S. Millar, CIHI (12:13).

¹⁹⁸ David Cowperthwaite, Director, Information Systems, New Brunswick Department of Health and Wellness, *A Provincial Perspective on Health Related Information*, Brief to the Committee, 10 May 2001, p. 1.

health care provider. EHR systems are composed of all lifelong EPR records for that individual incorporating data from all sources: health care providers (e.g., physicians, hospitals, community and home care), as well as support and feeder systems (e.g., pharmacies and laboratories). An EHR system can make the data available to health care providers anywhere on a need-to-know basis by connecting interoperable databases that have adopted the required data and technical standards.

TABLE 8.1

TELEHEALTH APPLICATIONS	
Electronic Health Record (EHR)	The EHR is an automated provider-based system within an electronic network that provides complete patients' health records in terms of visits to physicians, hospital stays, prescribed drugs, lab tests, and so on.
Health Information Networks	These networks refer to Internet-based health information with the purpose of empowering individuals to make informed choices about their own health and well-being, their health care system and health care policy.
Telemedicine	Telemedicine makes use of video conferencing equipment to provide health care at a distance. The video conferencing, which uses a relatively high bandwidth, is live and interactive. A large bandwidth can simultaneously accommodate television, voice, data and many other services.
Tele-homecare	Tele-homecare uses ICT to deliver and manage health care at a patient's residence from a health care facility. This includes, for example, triage call centres and telemonitoring.
Distance Continuing Education and Training	Video conferencing equipment is also used for providing continuing education and training. This is of particular interest to health care providers located in remote communities.

Source: *Glossary of Terms*, OHIH's Website (http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/menu_e.html) and Library of Parliament.

- An Internet-based health information network is a system that empowers individuals to make informed choices about their own health and well-being, their health care and about health policy. Health information to the general public could include for example: 1) general health information (health promotion and disease prevention); 2) information on treatment options and drugs, as well as on illness management (e.g. blood pressure, diabetes or obesity); 3) information on public health issues (e.g. quality of air, water and food); 4) information on the effects of health determinants; 5) health and health care policies at the federal, provincial and territorial levels as well as

the policies in other countries; 6) data on health outcomes of public policies; 7) accountability data (such as report cards on the performance of the health services and providers).

Not only can telehealth applications improve the sharing of the right information, but they also offer the possibility to deliver care over large and small distances. For example, "telemedicine" is used in Canada in the areas of teleconsultations, teleradiology, telepsychiatry, telepathology, teledermatology and telecardiology. Similarly, tele-homecare allows individuals to obtain medical information 24 hours a day by calling a nurse call centre, which can advise them on whether their condition requires immediate medical attention.

Dr. Feller told the Committee that, while each of the main five telehealth applications stands as an individual component, they must act together to create the seamless technology system that will be able to deliver the right information at the right time and at the right place. He stressed that the EHR is the central piece that ties all the components together.

8.2 Provincial and Federal Initiatives With Respect to a Pan-Canadian Health Infostructure

Telehealth is the foundation of what many people in Canada call the health information infrastructure or "health infostructure"¹⁹⁹ Various components of a health infostructure are currently being implemented at all levels of government. For example:

- The provincial ministry of health in British Columbia operates HealthNet/BC, an electronic network that connects virtually all hospitals, health agencies and health authority offices across the province.
- In Newfoundland, the government is currently launching Phase 1 of an eight-phase, five-year implementation EHR system that will enable exchange of information between the health boards, health care providers and the provincial ministry of health.
- In Saskatchewan, the Saskatchewan Health Information Network (SHIN) is linking all health care providers and health care settings across the province.
- Nova Scotia has installed one of the most comprehensive and active telemedicine networks in Canada, reaching 42 health care facilities throughout the province. Approximately 53 videoconferencing systems provide for educational and medical consultations. There are 36 teleradiology sending stations and 11 reading stations.
- The health ministry in Quebec has implemented the Réseaux de telecommunications sociosanitaire (RTSS) which enables the secure exchange of clinical and administrative information between health care facilities.

¹⁹⁹ The concepts of "health infoway" or "health information highway" can also be used interchangeably.

- The Alberta We//net is currently developing a telephone triage service, available 24 hours a day, seven days a week, that will give people advice about how best to treat minor ailments or where to seek appropriate treatment.
- The federal government, through Health Canada, provides telemedicine services into 5 First Nations communities located in different provinces (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba and Quebec).
- The Canadian Institute for Health Information (CIHI) - which was established in 1994 as a national, independent, not-for-profit organization - is doing a great job at collecting and analysing the currently available information on the health of Canadians and on the state of the Canadian health care system.

These initiatives are all at different stages of development. Moreover, they are isolated within organizations, institutions and provinces and are considered as "a patchwork of unconnected projects, whose value would increase immensely if part of a coherent whole."²⁰⁰ The key element is how to bring all those infostructures together. It is a great challenge to integrate 14 jurisdictions (10 provinces, 3 territories and the federal government). It is obviously an ambitious, costly and long-term undertaking which will take years to bring into being. Most experts believe, however, that it is essential to do so if we wish to acquire sound information on the health of Canadians, the state of our health care system, and on the efficiency and effectiveness of health services delivery and distribution, and most importantly, if we want to improve the quality of health care Canadians receive, particularly if they live in rural or remote communities.²⁰¹

The federal government wants to champion the development of a Canadian Health Infostructure that it defines as "an integrated network of computer and communication networks that virtually connects physical infrastructure, health professionals, facilities, communities and patients to enhance health care delivery and the sharing of health-related knowledge for the better health of Canadians."²⁰² The envisioned Canadian Health Infostructure will not be a single massive structure, but a network of networks, building on the initiatives that are already in place or under development at the federal, provincial and territorial levels.

[Provincial and territorial] respective initiatives toward building health information systems constitute the base for a pan-Canadian health infostructure. Each of them face the same issues and must find solutions to similar problems. Their responsibility for the management and delivery of health services make them key actors on the scene of health information, but also confines them to looking at their own needs and delivery mechanisms. Understandably, the need for inter-jurisdictional linkages is not at the forefront of their concerns.

William J. Pascal, OHIH,
Brief, p. 6.

As Table 8.2 shows, many reports have recommended the development of a pan-Canadian health information infrastructure and have stressed the need for federal leadership and

²⁰⁰ Report of the National Conference on Health Info-Structure, February 1998, p. 19.

²⁰¹ Michel Léger, *The Canadian Health Infoway: A Vital Link to the Future*, May 2000.

²⁰² Office of Health and the Information Highway (Health Canada), *Virtual Integration for Better Health: from Concept to Reality*, September 1998, p. 1.

a cohesive national vision for the health infostructure. The federal government has been making financial contributions to the Canadian Health Infostructure since 1997. The Office of Health and the Information Highway (OHIH), established within Health Canada in the summer of 1997, is the focal point for all matters concerning the use of ICT in the field of health and health care.

**TABLE 8.2: CANADIAN HEALTH INFOSTRUCTURE:
CHRONOLOGY OF FEDERAL GOVERNMENT INITIATIVES**

April 1994	The federal government mandated the Information Highway Advisory Council to investigate the development and use of the information highway for the economic, cultural and social advantage of all Canadians.
October 1994	The Prime Minister of Canada launched the National Forum on Health to advise the federal government on innovative ways to improve the health care system.
September 1995	The Information Highway Advisory Council released its report entitled <i>Connection Community Content: The Challenge of the Information Highway</i> . One of its 300 recommendations called for the creation of an advisory council to identify new information technology applications specifically for the health care sector.
February 1997	In its final report entitled <i>Canada Health Action: Building on the Legacy</i> , the National Forum on Health recommended that the federal Minister of Health take a leadership role in the development of a nationwide health information system. Such a system would serve as the foundation of an "evidence-based" health care system.
February 1997	The 1997 Budget provided \$50 million over three years for a Canada Health Information System.
August 1997	The federal Minister of Health established the Advisory Council on Health Info-Structure to provide strategic advice on the development of a national strategy for a Canadian health info-structure.
August 1997	The federal government created the Office of Health and the Information Highway (OHIH) to assist in addressing new and evolving issues and develop a longer term strategy regarding the Canadian Health Info-structure. OHIH is now the federal government's focal point for all health info-structure-related activities.
September 1997	The Canadian Network for the Advancement of Research, Industry and Education (now CANARIE Inc. – Canada's Advanced Internet Development Organization) issued a paper entitled <i>Towards a Canadian Health Iway: Vision, Opportunities and Future Steps</i> . This paper envisioned the Canadian Health Iway as "a virtual "information centre" open and accessible, yet confidential, system to assist decision-making by health professionals, patients, researchers and policy-makers.

February 1998	Health Canada sponsored a two-day National Conference on Health Infostructure to discuss impediments to the application of information management and information technology within Canada's health care system. Participants stressed the need to develop a consensus regarding the vision of Canada's Health Infostructure and called on Health Canada to play a leadership role in engaging all stakeholders.
March 1998	Health Canada launched the Health Infostructure Support Program (HISP). HISP was a shared-cost contribution program supporting pilot projects using new information technologies and applications in areas such as public health, health surveillance, Pharmacare, First Nations health, homecare and telehealth.
February 1999	The Advisory Council on Health Info-Structure released its final report, <i>Canada Health Infoway: Paths to Better Health</i> . It affirmed that setting up a nationwide health information highway could significantly improve the quality, accessibility and efficiency of health services across the entire spectrum of care in Canada. The Council's four objectives include: developing a Canadian vision of a health information highway and identifying the essential needs it should meet; generating a federal action agenda to implement the most vital components of the system; suggesting collaborative mechanisms to achieve a Canadian consensus on an integrated health information system; and identifying issues, challenges and barriers to the effective use of information and communications technologies, and recommending possible solutions.
February 1999	The 1999 Budget provided \$328 million to further develop health information systems in Canada (Canadian Health Network, National Health Surveillance Network, Federal Accountability Initiative, and a \$95 million grant to CIHI) and \$190 million for the First Nations Health Information System.
June 1999	The F/P/T Deputy Ministers of Health established an Advisory Committee on Health Info-structure with working groups to examine key issues regarding the development and implementation of the Canadian Health Infostructure.
October 1999	The F/P/T Deputy Ministers' Advisory Committee on Health Infostructure released a strategic blueprint to identify the technology components required to achieve a cohesive national health infostructure. Entitled <i>National Health Technical Infostructure: Blueprint and Preliminary Tactical Plan</i> , the report stressed that the Canadian Health Infostructure must be guided by the following set of values: strengthening Medicare, protecting personal health information, including all stakeholders, being based on collective and personal responsibility.
November 1999	The federal government launched three different initiatives: Canadian Health Network; National Health Surveillance Infostructure; First Nations Health Information System.
February 2000	The 2000 Budget provided \$366 million over four years for health information and information technologies.

June 2000	Health Canada launched the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP). CHIPP is a two-year, \$80 million, shared-cost incentive program aimed at supporting the implementation of innovative applications of ICT in health care (namely telehealth and electronic health records). The deadline for applications for funding was 31 August 2000.
October 2000	The federal government enacted Bill C-45, the <i>Canada Health Care, Early Childhood Development and Other Social Services Funding Act</i> . This Act provides \$500 million in 2001-02 for the purpose of developing and supporting the adoption of Canada-wide information standards and compatible communications technologies for health care.

Source: Information on Health Canada's website summarized by the Library of Parliament.

The provinces and territories also want to be involved in the development of the Canadian Health Infostructure. On September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to: 1) strengthen a Canada-wide health infostructure to improve quality, access and timeliness of health care for Canadians; 2) develop an electronic health record system and enhance technologies such as telehealth over the next few years; 3) work collaboratively to develop common data standards to ensure compatibility of health information networks; 4) ensure stringent protection of privacy, confidentiality and security of personal health information; and 5) report regularly to Canadians on health status, health outcomes, and the performance of publicly funded health services.²⁰³ In support of the agreement reached by First Ministers, the federal government committed \$500 million to accelerate the adoption of modern information technologies to provide better health care.²⁰⁴ The Committee was told that this money will be invested in a not-for-profit organization, known as Canada Health Infoway Inc., which will work with provinces and territories to create the necessary common components of an EHR over the next three to five years. This will be a major step towards the full integration of the health infostructures being developed.

Witnesses welcomed this collaboration between the federal government and the provinces and territories. For example, David Cowperthwaite told the Committee:

We are currently enjoying a wave of collaboration between the federal government and the provinces and territories, as well as among the provinces and territories. This cooperative attitude provides a significant opportunity to advance the development of the health infostructure in a more cost-effective manner than any of us could do individually.

This wave of cooperation has developed, in part, because of a genuine interest to do the best job we can with the resources available. But there is another significant issue driving collaboration and that is a sense of desperation. Our infostructure needs in provinces and territories are great, and the resources available to meet the needs are

²⁰³ First Ministers Meeting, *Communiqué on Health*, News Release, 11 September 2000.

²⁰⁴ First Ministers Meeting, *Funding Commitment of the Government of Canada*, News Release, 11 September 2000.

*woefully insufficient. The result is a willingness to collaborate, albeit a somewhat forced willingness. This situation does provide a window of opportunity for change, and we must take advantage of it.*²⁰⁵

The Committee agrees with the witnesses that the federal government has a definite role to play in the area of health-related information:

*Considerable agreement exists among provinces and territories and other stakeholders that the federal government should foster collaboration in this area. Indeed, without a federal effort to ensure compatibility among these health information initiatives, little exchange between jurisdictions would have happened, and expenditures by all orders of governments within their respective jurisdictions could be significantly less productive.*²⁰⁶

Federal investment should also help reduce the current disparities between provinces and territories in the field of health-related information. However, the Committee was told that current federal programs may be encouraging more disparity. For example, under CHIPP, federal funding requires matching funds from the applicant. The relative needs for service improvements, or health service deficiencies in one region over another, were not considered in the project selection. According to Cowperthwaite, those who had the money got more money, and those in great financial need did not have an opportunity to apply. He pointed out that, while the opportunity to change the design of CHIPP has passed, the federal government should ensure that the investment strategy of Canada Health Infoway Inc. should not be as it was in the CHIPP program. Rather, it should place greater emphasis on projects in locations that have the greatest need, the willingness to act, and the commitment to implement system change.

8.3 Costs and Benefits

The implementation and deployment of the pan-Canadian Health Infostructure is a costly undertaking involving a vast array of patients, health care providers and institutions. For example:

- Over 800 hospitals across the country provide 132,000 in-patient beds;
- Approximately 28,000 family doctors and 27,000 specialists provide care;
- Approximately 228,000 registered nurses are working in the health care system.

Given the complexity of our health care system and the variety of stakeholders, it is difficult to evaluate the total costs associated with the deployment of a pan-Canadian Health Infostructure. William J. Pascal suggested that between \$6 and \$10 billion would be needed to achieve full implementation:

²⁰⁵ David Cowperthwaite, Brief to the Committee, p. 1.

²⁰⁶ William J. Pascal, OHIH, Brief to the Committee, p. 7.

*(...) over a horizon of seven to eight years, based on some current expenditures related to implementation and operation of information systems in different settings, it is estimated that somewhere between six to ten billion dollars will be needed to achieve full implementation. Decisions on such things as the rate of replacement of current systems used in the health care sector or the type of connections needed – low or broad bandwidth – and our success at pooling resources, or at least sharing best practices and successful applications, at the pan-Canadian level will determine the true level of investment needed. But it is clear that this will not come at a small price for any of those involved, and we should not underestimate the task ahead.*²⁰⁷

Nonetheless, there is a wide consensus that the benefits of a pan-Canadian Health Infostructure will be numerous.²⁰⁸

- The health infostructure will enable effective medical care at patients' homes and in remote rural areas. This will also improve accessibility of specialized care. Patients will be able to perform specialized tests at homes and transmit data from electronic sensors via telecommunication networks. Post-surgical patients would wear wireless sensors, continuously transmitting physiological information to their physician's office. This information would be continuously analyzed by a computer, which would alert a physician to significant deviations. Using telehealth links with two-way audio and video capabilities, major medical centres will be connected with general practitioners and nurse practitioners in remote communities, assisting them in appropriate diagnosis and treatment of patients.
- The quality of medical care will be improved dramatically by bringing reliable information to physicians, through national data on treatment outcomes and extended information on the effectiveness of previous treatment received by a patient. The patient file will provide medical professionals not only with descriptive information, but also with most of the previous X-rays, MRIs and detailed biochemical analyses. This information will prove to be life saving in emergencies, when survival, often determined by minutes, depends on availability of essential data (e.g., blood type or known allergies).
- A pan-Canadian Health Infostructure based on the electronic transfer of health information between jurisdictions would result from a macroeconomic effect on the development of the information and communication industries, health care industries and educational institutions.
- Many people work on contract and visit their client companies in different provinces. Many people travel. Ability to transfer health information would enable local physicians and nurses to access the visiting patient's records on an as-needed basis.
- Information exchange is the core of public health and epidemiology. It is crucial for the well-being of the population that reliable public health

²⁰⁷ William J. Pascal, OHIH, Brief to the Committee, p. 8.

²⁰⁸ OHIH (Health Canada), *Virtual Integration for Better Health: from Concept to Reality*, September 1998.

surveillance information be communicated among different countries, provinces and territories. Diseases do not abide by jurisdictions, nor should the information about them.

- The ability to transfer health information between jurisdictions also holds vast potential for facilitating research by groups of biomedical scientists working in different parts of the country. The results of such research would benefit all people of Canada.
- The Canadian federal government is a major provider and purchaser of health care services through its health care responsibilities for military personnel, public service, veterans, immigrants and First Nations. Implementation of interoperable health records systems across the country could enable both the federal government and the local providers of health care to decrease expenditures through decreasing duplication of records and eliminating excessive paperwork.
- Unrestricted flow of health information between jurisdictions, enhanced by unique identification of patients and providers, would enable fraud detection, and therefore save considerable costs.
- The economic benefits of inter-jurisdictional transfer of health information could be realized mainly through the replacement of existing paper flow between the provinces and territories by electronic technology. In addition, should provinces decide to jointly participate in the design and implementation of the pan-Canadian Health Infostructure, economy of scope could be realized.
- In terms of technological benefits, federal/provincial/territorial collaboration in the development of the pan-Canadian Health Infostructure would facilitate diffusion of new technologies and result in comparable technological capacity for transmitting multimedia health information between jurisdictions. It would also contribute to the faster development of interoperability standards between federal/provincial/territorial information system platforms.
- A pan-Canadian Health Infostructure could contribute to the elimination of sharp differences in social and health care infrastructures of rural and urban areas of different provinces and territories. Inter-jurisdictional transfers of health information could drastically improve access to health information by patients and health professionals.
- A pan-Canadian Health Infostructure could facilitate the development of the virtual health care environment extending over provincial and territorial borders and enable true portability of health care. This environment would make possible the effective maintenance of virtual networks of health specialists across the country, thus resolving the issue of relative professional isolation in rural areas. This could have a positive effect on human resource issues in remote communities of different provinces and territories.

- Sharing health and economic outcomes information across the country could enable continuous cost-effectiveness analysis and analysis of quality of life indicators on a national scale, thus facilitating the sharing of best practices.
- Health care management issues posed by the increasing rate of change, demographic shifts, technological revolution, etc., are roughly the same across the country. The capacity to exchange hard data on organizational levels between similar facilities in different jurisdictions and discuss management issues and solutions would enhance the quality of health care management.
- The information generated by the health infostructure would provide the basis for preparing regular reports on health outcomes, health care providers and on the performance of health services delivery. This is very important as a tool to improve the health care system.
- The development of the pan-Canadian health infostructure could consolidate and virtually integrate provincial and territorial health care systems into a new, more efficient and streamlined national health care system, without actually interfering with the management and delivery of services by provincial/territorial health care systems.

Overall, a pan-Canadian Health Infostructure that virtually connects physical infrastructure, health professionals, facilities, communities and patients will enhance health care delivery and the sharing of health-related knowledge for the better health of Canadians. This will lead to a truly patient-oriented health care system:

*(...) the return on investment will be tremendous for all stakeholders. But the real winners will be Canadians, because they will gain better and easier access to continued quality health services, because they will profit from the knowledge that they will be able to acquire themselves, because they will gain improved understanding of how their health care system fares and meets their needs.*²⁰⁹

8.4 Issues

According to witnesses, the implementation and full deployment of the pan-Canadian Health Infostructure faces three major barriers: the protection of personal information, legal and ethical issues, and the interoperability of the various systems.

The issue of privacy, confidentiality and security related to personal health information in the electronic world is certainly the most crucial one. The *privacy* issue refers to the extent of authorized access to personal health information. The subject of *confidentiality* is the extent of permissible distribution of available personal health information. *Security* refers to the set of standards in and around information systems that protect access to the system and the information it contains.

²⁰⁹ William J. Pascal, OHIH, Brief to the Committee, pp. 8-9.

Protection of privacy in Canada is a shared responsibility between the federal and provincial/territorial governments. Current legal protection of privacy represents a patchwork of various laws, policies, regulations and voluntary codes of practice. The Committee was told that the first step is certainly to attempt to gain support for the harmonization of legislation and regulation across Canada that will protect the privacy of Canadians in matters of health. Witnesses stressed that Canadians need to be assured that governments are taking all the necessary steps to implement stringent rules in these matters. Already, a resolution for the harmonization of legislation is being examined by all jurisdictions and agreement is expected in the coming weeks. At the technological level, it has been demonstrated that confidentiality and security of personal health data can be achieved currently at a level that is not achievable in a paper world. The problems that we face right now concern mostly the architecture of the systems that would be put in place, and their governance from a pan-Canadian perspective.

How can we as Governments expect the other stakeholders who hold the information to participate with us in building the EHR if we cannot demonstrate the ability to manage our own information well? How can we expect an individual to grant us permission to share information through an EHR if we cannot show that we are competent and efficient managers of the data we currently hold? Governments must lead by example in the effective management of information to demonstrate the value of an EHR and to draw the rest of the stakeholders into the EHR process.

*David Cowperthwaite,
New Brunswick Department of Health and
Wellness, Brief, p.3.*

The Committee was concerned by the evident lack of progress among stakeholders with respect to Bill C-6, *Personal Information Protection and Electronic Documents Act*. In November and December 1999, the Committee held hearings on this bill. The hearings focused largely on concerns regarding the application of Part 1 of the bill to the collection, use and disclosure of personal information. The Committee was of the view that, while Part 1 may be adequate in setting minimum legal standards for protecting the personal information of Canadians in the commercial arena, the adequacy of these standards for the health care sector was open to question. It amended the bill so that its application to personal health information be delayed for one year following the coming into force of the legislation. The purpose of this amendment was to provide health care stakeholders with an opportunity to formulate legislative measures appropriate to the special nature of personal health information. The amendment was accepted by the House of Commons, and the bill received Royal Assent on 13 April 2000.

When the Committee met on the issue of health-related information in May 2001, witnesses indicated that no consensus had been reached yet among them on the changes that are required to Bill C-6 to ensure the flow of data between health care stakeholders involved in the health infostructure. The application of Bill C-6 to organizations involved in health information systems as well as in health research must be clarified in order that they may continue to provide critical information to improve the health of all Canadians. It is the hope of the Committee that solutions will be found to this problem before the end of the one-year moratorium in December 2001.

Legal and ethical concerns relate mostly to the licensure, reimbursement and liability of health care providers in delivering services from a distance. Clearly, there will need to be some form of incentive to foster the use of these new technologies in health care settings. These technologies will bring changes in work processes that will need to be carefully monitored

to ensure success, and supported by the necessary skills and knowledge training programs, whether in academic or work settings.

Another major obstacle, and not the least, is the issue of standardization which is at the heart of interoperability of the various health information systems. When people refer to *standards* in the health infostructure domain, they refer as much to the technology, hardware and software, as to nomenclatures or to patient or provider identification. Currently, none of those are fully compatible and readily interoperable across Canada. The Committee was told that even within the same institution, information systems often cannot connect with each other to exchange data. This situation can be multiplied over and over again across the country. A lot of work remains to be done to ensure full compatibility at all levels from coast to coast. A proposal is currently being developed for the Advisory Committee on Health Infostructure to improve the way in which standards related to health information are dealt with in Canada in order to harmonize standards used in the different jurisdictions, the federal government included.

Finally, the Committee was told that a balance is needed between development and deployment. Witnesses indicated that many of the components needed for a pan-Canadian Health Infostructure exist today and we should start its deployment now:

Development without deployment creates expensive "white elephants" that do not deliver improvements to the health of Canadians. We will be far better served by limited systems that are fully implemented and used for everyday service delivery than to develop a technology showcase system that never makes it out to the real world.²¹⁰

8.5 Committee Commentary

Overall, the use of telehealth applications in implementing the Canadian Health Infostructure can support and enable the development of a true patient-oriented health care system by providing the base for vertical and horizontal integration of services. The health infostructure can help create the information pools that will facilitate evidence-based decision-making throughout the system by all the users, be they patients, health care providers, managers, researchers, or policy-makers.

The Committee agrees that to remain sustainable in the long term, the health care system must move from its current model of an array of disjointed entities to a fully integrated continuum of services that can be accessed by people at any of the points of service, whether at home, at a private clinic, at the hospital, etc., wherever they live in Canada. Therefore, good health-related information and the need to ensure its accessibility for all those concerned with health and health care is key to the successful renewal of Canada's health care system. Many benefits will come simply by standardizing, connecting and sharing what we have.

The Committee also believes that the federal government has a critical role to play in fostering collaboration, developing common standards, and encouraging the harmonization of legislation. More importantly, the federal government must maintain its

²¹⁰ David Cowperthwaite, Brief to the Committee, p. 4.

leadership role and provide a level of funding that can sustain the deployment of the Canadian Health Infostructure.

CHAPTER NINE:

HOME CARE

9.1 What is Home Care?

Home care is generally defined in terms of services provided to individuals in their homes. Home care does not include care provided privately or publicly in a residential facility for long-term or continuing care purposes.

Home care services can extend along a continuum that incorporates medical interventions as well as societal supports. It can also include assistance needed for family and volunteer caregivers. Home care can thus encompass an array of health, social or educational services that enable an individual requiring support to live and participate in society outside an acute or long-term care setting.

Home care is the program that plans in-home supports. It monitors and evaluates clients' needs, provides nursing services, helps with activities of daily living and provides homemaking or offers assistance to enable independent living. Home care programs work with other services, including community support services such as meals on wheels, day centres, respite care and volunteer services. Home care also works with acute care hospitals, palliative care and respite facilities, long-term care services, mental health services and independent living programs - all to assist the client in the home and community.

Nadine Henningsen, Executive Director, Canadian Home Care Association (14:7)

However, there is no single, universal agreement about what services should be included in the definition. Home care services can cover acute care such as intravenous therapy and dialysis, long-term care provided for individuals with progressive diseases such as Alzheimer's or chronic physical or mental disabilities, end-of-life care for people with terminal conditions, or personal support services such as attendant services and technical aids. Formal home care can include both health care and social support services such as monitoring, assessment, coordination, nursing, homemaking, nutritional counselling and meal preparation, occupational and physical therapies, pain control, emotional support and self-care instruction.

Home care can be provided by formal providers who are predominately nurses, therapists, homemakers, and personal support workers. These formal providers can be part of a community organization or a quick response team. They can provide care in person or via communication technology. While these formal services have evolved steadily over the past three decades, informal home care provided by friends and family has a long history. These informal providers - often mothers, wives and sisters - also need to be considered as recipients of home care programming to prevent the often costly crisis created by caregiver burnout. In particular, there is an identified need for respite care offering two types of services: caregiver replacement and direct services to caregivers.

Witnesses saw home care as part of the continuum of care related to health and well-being. They stressed the need to include it in considerations relating across the health and

social spectrum of primary care, acute care, long-term residential care, end-of-life care, community support programs, and personal support. They emphasized that effective home care contributes to lower long-term costs for the health care system through its three primary functions of:

- substitution for services provided by institutions, either acute care hospitals, long-term care institutions or palliative care facilities;
- maintenance enabling individuals to remain in their current environment; and
- prevention through ongoing monitoring and assessment.

Focusing particularly on the health care system, the Canadian Home Care Association stressed that home care is not facility based and requires no major capital investment or overhead. It does not depend on physicians for access. It can go beyond physical health care to engage social supports for comprehensive client care.²¹¹

TABLE 9.1

BENEFITS OF HOME CARE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enables the health care system as a whole to operate more cost-efficiently; ▪ Reduces the pressure on acute care beds and emergency rooms by providing medical interventions in alternate settings and using hospital resources only when they are needed; ▪ Reduces the demand for long-term beds by providing a viable choice for aging Canadians to maintain their independence and dignity in their own homes and community; ▪ Helps support family caregivers and sustain their commitment.

Source: Nadine Henningsen (14:8).

9.2 Current Demand for Home Care

The 1998/99 National Population Health Survey provided some data relevant to the use of publicly funded home care.²¹² It found that publicly funded home care use increased with: age; disability; and diminished income. Thus:

- While less than 1 percent of adults under 65 years of age received care, 37 percent of thus over age 85 years did so.
- People needing help with activities of daily living were six times more likely to receive care than those who did not need this help.

²¹¹ Nadine Henningsen (14:8).

²¹² Canadian Institute for Health Information, *Health Care in Canada: A First Annual Report*, Ottawa: 2000, p. 58.

- People in the lowest two income brackets were much more likely to receive care than those in the highest income bracket.

Witnesses also identified various forces that reinforce the demand for further growth. In their view, four key variables must be considered:

9.2.1 Hospital Bed Reductions

The current trend is towards shorter hospital stays, early discharge and the use of outpatient procedures; all of which places more reliance upon community services. While home care is critical to sustaining a hospital system with fewer beds, it needs dedicated resources. With the substantially reduced capacity within the acute care hospital sector in the 1990s, shorter periods of hospitalization became the norm and people were sent home to the community without the subsequent investment in the home care side of the provision of health care services.²¹³ Concerns about “bed blocking” in acute care hospitals focused on situations where an acute episode of treatment was completed but inadequate home support services prevented discharge, leaving a person in an acute care bed at a phenomenal cost to the system.²¹⁴ When the hospital sector downsized, there was no funding put in place for the transition to the community and no investment in the community.²¹⁵

9.2.2 Rapid Population Growth over 65 Years of Age

Available data indicates that while many seniors live at home, their home care use increases with age and disability. Projections suggest that, where the percentage of the population aged 65 years and over reached 12.5 percent in 2000, by 2025, this population will have increased to over 21 percent of the general population. Statistics Canada noted that in 1996, approximately 95 per cent of seniors aged 65 and over lived at home.²¹⁶ According to the 1998/99 National Population Health Survey, about 400,000, or 12 percent of seniors received care through provincial home care programs.²¹⁷ The highest use of home care occurred in the senior population aged 85 years and up at 37 percent, compared to 20 percent for the age group 80 to 84 years.²¹⁸ The likelihood of a person having a disability increases with age and in 1991, 35 percent of people with disabilities were over age 65.²¹⁹

9.2.3 Pressures on Informal Caregivers

The majority of informal caregivers are women who support their family members and who must often manage simultaneously responsibility for aging parents, for their own children and full-time paid work.²²⁰ More than three million Canadians - mostly women -

²¹³ Kathleen Connors (13:70).

²¹⁴ Dr. Taylor Alexander (14:24).

²¹⁵ Dr. Thomas Ward (13:24).

²¹⁶ Jean-Marie Berthelot (2:10).

²¹⁷ Dr. Taylor Alexander (14:10).

²¹⁸ Canadian Institute for Health Information, *Health Care in Canada: A First Annual Report*, Ottawa: 2000, p. 58.

²¹⁹ Federal, Provincial and Territorial Ministers Responsible for Social Services, *In Unison: Persons with Disabilities in Canada*, Ottawa: 2000, p. 5.

²²⁰ Nadine Henningsen (14:8).

provide unpaid care to ill family members in the home.²²¹ A survey in Alberta indicated that, up to age 75, women were more likely than men to have provided health care support to a family member.²²² More than 60 percent of family and friend caregivers for seniors were women.²²³ More women are being conscripted into unpaid health care work and do so without training and with few supports.²²⁴ The combination of pressures can lead to not only stress-related illness and loss of work time for the caregiver, but can also increase the risk of neglect and mistreatment of the care recipient.

9.2.4 Advances in Technology

Medical advances have increased life expectancy, decreased the length of hospital stays and resulted in more outpatient services. Conditions that previously required hospitalization - e.g. pain control - can now be managed at home. Advances in treatment protocols and accessibility to high-tech equipment make palliative care in the home a real option for Canadians.²²⁵ Telehealth offers increased possibilities for diagnosis, monitoring, assessment, and maintenance. With tele-homecare, care can be provided using video conferencing in people's homes whereby data is received from the home and people are kept away from hospitals.²²⁶

9.3 Public and Private Spending

Witnesses suggested that public home care spending in Canada has grown from 1.2 percent of public health care expenditures in 1980-81 to approximately 4 percent in 1997-98. This 4 percent of all public expenditures on health care devoted to home care amounted to about \$2.1 billion per year.

Health Canada's data on public home care expenditures show that such expenditures more than doubled from 1990-91 to 1997-98, with an average annual rate of increase of almost 11.0 percent (see Graph 9.1). At the same time, public home care spending accounted for a small but increasing percentage of total public health care spending in Canada: 4.0 percent in 1997-1998, up from 2.3 percent at the beginning of the decade (1990-91).

Existing analysis of private home care costs is more limited. For example, assessments of how much Canadians pay out-of-pocket for services and costs associated with care, drugs, equipment and supplies appear occasionally in newspapers.²²⁷ Thus, *The Toronto Star* (27 November 1999) reported on a cross-Canada survey that showed home care clients spending an average of \$283 a week for in-home nursing care and other home support services such as personal care, bathing and meal preparation. This cost was estimated to cover about 25% of nursing services and 60% of home support services. Shortly afterward, the *Globe and Mail*

²²¹ Dr. Taylor Alexander (14:10).

²²² CIHI, *Health Care in Canada 2001*, Ottawa: 2001, p. 54.

²²³ CIHI, *Health Care in Canada, A First Annual Report*, Ottawa: 2000, p. 60.

²²⁴ Dr. Patricia Armstrong (11:22).

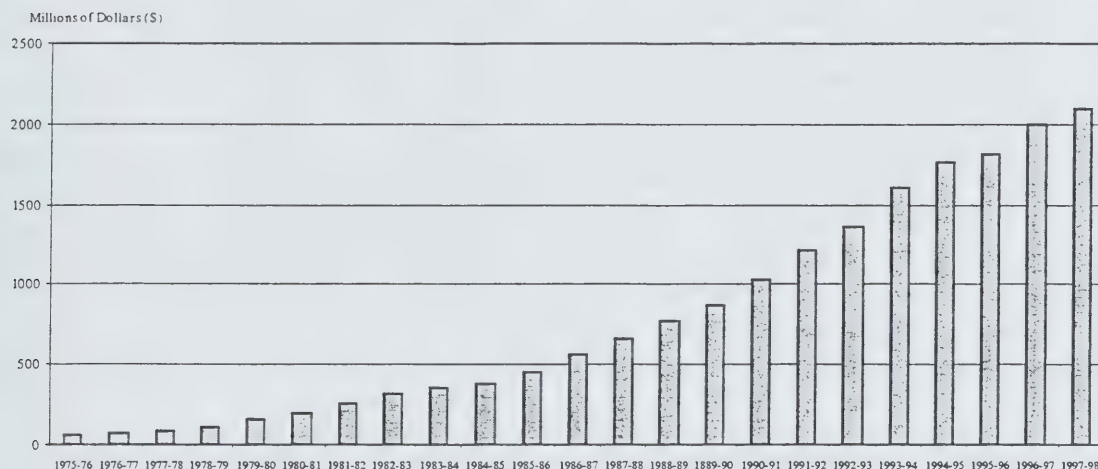
²²⁵ Nadine Hennigsen (14:8).

²²⁶ Dr. Robert Filler (12:15).

²²⁷ Nancy Miller Chenier, *Home Care: A Federal Perspective*, Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, TIP 77-E December 19, 2000.

(6 December 1999) also found that home care clients incurred significant costs for post-acute nursing services at about \$202 a week. General home care was estimated at \$407 a month with another \$138 for prescription drugs.

GRAPH 9.1:
PUBLIC HOME CARE EXPENDITURES IN CANADA, 1975-76 TO 1997-98



Source: Health Canada, *Public Home Care Expenditures in Canada, 1975-76 to 1997-98*.

Witnesses emphasized that, while home care provision has increased in most provinces, spending on home care is still a small portion of the overall provincial health care budgets. In addition, there are wide variations among the provinces and territories regarding the proportion of public spending on home care. This leads to disparities in the provision and scope of services across the country with differences from province to province and from region to region. Also, some noted that financial expenditure data may omit paraprofessionals who provide most of the care in the home.

Witnesses were especially concerned that many individuals who need home care services may do without them because they cannot afford the costs. Dr. Taylor Alexander, President and CEO of the Canadian Association for Community Care, cited a Health Canada study indicating that "20 per cent of family caregivers reported that their loved ones did without services because they could not afford them."²²⁸ Currently, most provinces have a system where individuals pay according to ability; however, the rules for what is established as a baseline for payment is different in every province. Some noted that whereas some provincial governments support almost the full cost of home care, in other jurisdictions, people may be drained of their assets in order to receive the same care.

Evidence presented to the Committee provided specific data relevant to cost-effectiveness evaluations. Preliminary results from a cost-effectiveness study of home care at the Centre of Aging at the University of Victoria indicated an average of \$12,504 per year to provide lowest-level care for a client in a facility compared to \$5,413 at home. For clients with the highest-level needs, requiring nursing coverage 24 hours a day, the average cost was \$41,023 in

²²⁸ Dr. Taylor Alexander (14: 11).

an institution and \$33,579 at home.²²⁹ The Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation at the University of Manitoba provided an example suggesting that the average case cost of providing care in hospital would be \$2,652 compared with the cost of \$1,882 for providing home care as well as drug therapy.²³⁰ A study on home care in Saskatchewan indicated that, while outcomes are the same, it cost \$830 more overall to provide a patient with non-acute care in hospital than to discharge them home with alternate follow-up care.²³¹

9.4 Future Actions

Witnesses strongly supported changes to the way that home care is currently organized, delivered and financed. They were consistent in calling for actions related to national standards and human resources. They did not, however, have a single perspective on the methods of financing home care, whether through public funds or private non-profit or for-profit organizations. Most witnesses focussed attention on informal caregiver needs, while others touched on information, research, prescription drugs, and technology issues. Several key areas for future action emerged during the Committee study.

TABLE 9.2
CHRONOLOGY OF RECENT FEDERAL INVOLVEMENT
IN HOME CARE

Date and Activity	Outcomes
February 1997: National Forum on Health	The National Forum report noted the shift toward non-institutionalized care with a resulting increase in home care and other community-based services. It called for increased data collection and assessment and for greater integration of home care with other health services.
February 1997: Federal Budget	The federal government announced the Health Transition Fund (HTF) in its 1997 Federal Budget. This three-year \$150 million fund supported innovations leading to a more integrated health care system. Home care was one of the priority areas included in national, provincial and territorial evaluation and pilot projects.
March 1998: National Conference on Home Care	Conference participants emphasized the need for: common principles framing a national approach to home care; clear standards; and agreement on program scope and content of coverage.

²²⁹ Centre of Aging, University of Victoria, "The National Evaluation of the Cost Effectiveness of Home Care", *Newsletter*, 1(1), March 2000.

²³⁰ Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, "A New Tool for Costing Health Care in Canada," Cost List example comparing the cost of providing care in hospital with the cost of providing home care plus drug therapy, April 1999.

²³¹ Health Services Utilization and Research Commission, *Hospital and Home Care Study*, Summary Report No. 10, March 1998.

February 1999: National Roundtable on Home and Community Care	Consensus positions highlighted the development of common standards, information systems, integrated human resources, strong research, knowledge and dissemination, and technological innovations.
February 1999: Federal Budget	The federal government allocated \$1.4 billion over three years for health initiatives with relevance for home care. These included: \$50 million over three years to develop innovative approaches to home and community care and access to quality health services, particularly in rural communities; an enhanced First Nations and Inuit home care and community care program and a First Nations health information system; increased funding for health research; and improving information technology for health care delivery, system accountability and citizen access.
June 1999: Working Group on Continuing Care of the F/P/T Advisory Committee on Health Services	The Working Group document, <i>Provincial and Territorial Home Care Programs: A Synthesis for Canada</i> provided analysis of home care programs by descriptive factors including: organization and governance, legislation, services and providers, eligibility, assessment and case management, coverage and co-payment charges, funding and utilization data.
March 2000: National Advisory Council on Aging	NACA advised the Minister of Health that the federal government should act as a role model and leader in home care development. In its Position Paper on Home Care, NACA presented 15 recommendations to advance the development of home care.
September 2000: First Ministers' Meeting	First Ministers, in their <i>Communiqué on Health</i> , directed Health Ministers to report on home and community services as part of the larger commitment to measuring, tracking and reporting on the performance of health services and programs.
2000: F/P/T Ministers Responsible for Social Services	The report titled <i>In Unison 2000: Persons with Disabilities in Canada</i> highlights the need for accessible, portable and individualized disability supports (human, technical, and other) in the home and community to facilitate the inclusion of the disabled.

Source: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

9.4.1 National Standards

Discussion over national standards for home care referred to organization, service delivery and training. The emphasis was on quality of care and equity in access. Nadine Henningsen saw national standards as a way of ensuring "both an effective Canadian health care system and equitable treatment of Canadians in all parts of our country."²³² Dr. Taylor Alexander believed that "Canadians living in the so-called "have-not" provinces should not be

²³² Nadine Henningsen (14:8).

further disadvantaged and put at risk if their province lacks the funds to provide home and community services that are comparable to more affluent jurisdictions.”²³³ Diane McLeod, Vice-President, Policy, Planning and Government Relations, at the Victoria Order of Nurses for Canada (VON) asserted that “without these standards, there is really no hope of having a unified health care program in the community sector.”²³⁴

While witnesses were clear that services and training should be comparable across the country, they did not specify one way to achieve this goal. With regard to national standards, Dr. Taylor Alexander believed that standards developed around the provision of core services should weave together the principles from the *Canada Health Act*.²³⁵ He called for a federal/provincial/territorial

There are many kinds of national standards. There are, for example, the standards that have been developed by the Canadian Council on Health Services on accreditation for home care and long-term care. Long-term care facilities and home care programs across the country are being accredited. Those standards relate primarily to program administration and organization of the program, et cetera. There are standards with regard to training. Those standards are not in place across the country. There are no national training standards for home care workers. They will occur within individual provinces; each province is different. Some provinces financially support them; some do not. Sometimes home care certificate workers must pay for their own training out of their wages.

Dr. Taylor Alexander, President and CEO, Canadian Association for Community Care (14:17)

agreement on a “core basket” of essential home and community care services to which the principles of the *Canada Health Act* would apply. These insured services would include paraprofessional home support, nursing, social work, physiotherapy, occupational therapy, palliative care, prescription drugs, respite and case management. Nadine Henningsen stressed that while “the method by which these standards are incorporated into national legislation may be debated, the time for debate about the importance of the standards has passed.”²³⁶

9.4.2 Human Resources

Witnesses saw a growing national crisis in the supply, distribution, recruitment and retention of staff in home and community care programs. They argued that years of health care cuts, nursing layoffs, low wages, difficult working conditions, poor training and greater complexity of care have made the sector an increasingly unattractive work environment. Their human resources concerns generally focused on training, compensation, work conditions, and retention for those involved in home care. The issue of substitution or crossover among professionals and between professionals and paraprofessionals was also raised.

With regard to training, there was an emphasis on education and training as part of the standard curricula for all individuals connected to home care. Without adequate numbers of trained staff, home care programs were unable to fulfil their mandates, thereby threatening the independence of clients and adding pressures on the acute care system. Some witnesses noted that more time and investment would be needed in helping to teach physicians about the

²³³ Dr. Taylor Alexander (14:12).

²³⁴ Diane McLeod (14:16).

²³⁵ Dr. Taylor Alexander (14:12).

²³⁶ Nadine Henningsen (14:8).

concept of home care and how to discuss it with their patients. Others pointed out that training requirements depend on the policy of each province.

For example, Ontario was noted for its stringent training program - a three-year program for a home support worker. In Nova Scotia, a training curriculum is currently being designed but is not instituted yet. In Saskatchewan, there is no training program for home support workers; it is managed by the service agency. Another witness explored provincial differences related to the proportion of registered nurses to auxiliary nurses. Régis Paradis, President, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, pointed out that, in Quebec, auxiliary nurses are almost absent from health care. However, in Ontario and the United States, where the proportion of registered nurses to auxiliary nurses is three to one, auxiliary nurses are heavily involved in home support services.²³⁷ According to this witness, if Quebec had the same proportion as Ontario, it would now have almost 4,500 more auxiliary nurses, which would lead to savings of approximately \$50 million annually.

Improved training and retention strategies are needed to counter the shortage of nurses, home support workers and therapists in some regions across Canada. While these personnel shortages are part of a larger picture of scarcity of health workers, they are often exacerbated in home care by lower wages and benefits than those paid to workers in hospital and care facilities. Both the wages and supply of community workers are a serious challenge. We must provide compensation that is competitive with care facilities and hospitals. Ongoing professional training must become a priority to ensure that the highest standards of care are maintained. We must continue to investigate the most effective working relationships with the health care team, including the primary care physician and other components of the health care system.

*Nadine Henningsen, Executive Director,
Canadian Home Care Association (14:8)*

Deficiencies in wages and benefits for home care workers is another key issue. In particular, the fact that they are paid lower wages than institutional providers was cited as one reason for shortages. Dr. Taylor Alexander noted that, in Ontario, there are some circumstances where community nurses are being paid as much as 25 per cent less than their counterparts who work in institutions.

The home care sector is characterized by lower wages and benefits than provided by hospitals, especially for paraprofessionals who, in some provinces, earn roughly minimum wages. It was also noted that virtually all of the paraprofessionals are female and that many are recent immigrants with low education who speak English as a second language. Many home care workers are subject to various forms of abuse in client's homes. Also, many provide service after hours without pay to assure that the clients receive the support that they need.

The wide disparities in wages and benefits across the country draw workers to areas of higher pay, thereby creating even worse shortages in areas with low wages, such as some Atlantic provinces. Reference was made to work by Human Resources Development Canada and Health Canada on home care human resources. Working with relevant organizations, this study will involve research and analysis of the issue of wage disparity for nurses and home

²³⁷ Régis Paradis (13:52).

support workers, workplace conditions for all staff who work in the community, as well as training needs for the community.²³⁸

Overall, witnesses called for close cooperation between the federal government and the provinces and territories in developing a national home and community care human resources strategy that will help ensure an adequate supply and distribution of appropriately trained home and community care workers across Canada. They saw the strategy including provisions to enable: the provinces to support the training and skill development, particularly of paraprofessionals; and agencies to offer adequate wages and benefits that will allow them to recruit and retain staff and prevent their loss to the institutional care sector or to other sectors.

9.4.3 Organization and Financing

Emerging evidence indicates that home care is more cost effective than care in acute care hospitals and that it presents a cost-effective alternative to premature use of long-term care facilities.²³⁹ In relation to long-term residential care, preliminary work found that savings of 50 percent could be obtained if home care replaced residential care for elderly clients who were stable in their type and level of care. The more unstable the client's health, and the more he or she moved through increasing levels of care, the more home care costs approached, and ultimately exceeded, the costs of residential care. Researchers also suggest that savings result from the way service delivery systems are structured in some parts of Canada and argue that policy-makers could consider mandating a "best practices" approach to organizing the home care delivery system.

Palliative care or end-of-life care was mentioned as one area where home care could substitute for hospital beds. End-of-life care is different from acute care and from long-term care but can involve both high and low intensity of care. Witnesses noted the lack of studies on the costs of palliative care and were unsure about the merits of initiating a

We cannot simply pour new health care resources into the same old silos in the same proportions. Health care renewal should aim for a sustainable health care system for all Canadians, no matter where their care is provided. Often home supports can be provided at fewer costs than new hospital beds. It is imperative that we build the basic infrastructure of home and community care so that services are accessible, properly managed and available. We must invest to increase the quality and quantity of home care services. We must also ensure that there is a capacity to support people of all ages with many different needs.

*Nadine Henningsen, Executive Director
Canadian Home Care Association (14:9)*

About 225,000 persons die in Canada each year. In 1997, an Angus Reid poll found that about 80 per cent of Canadians prefer to die at home. However, this is often not possible because of the lack of home-based palliative care services. Such services vary across the country; rural and remote areas are particularly under serviced. Overall, only about 10 per cent of Canadians have access to palliative care services.

*Dr Taylor Alexander, President and CEO
Canadian Association for Community Care (14:14)*

²³⁸ See Canadian Home Care Human Resources Study website at www.homecarestudy.ca

²³⁹ Hollander Analytic Services et al., *The National Evaluation of the Cost Effectiveness of Home Care*, ongoing studies, website: <http://www.homecarestudy.com>

national home care program targeted only at people requiring end-of-life care. They noted that provinces have often expressed concerns about targeted programs that intrude into their sphere and that most of the available data suggests that acute care substitution is the quickest and easiest way to see the value of home care, because you could compare it to the cost of keeping the patient in a hospital bed.²⁴⁰

Bonnie Pape from the Canadian Mental Health Association touched on home care in relation to mental illness and indicated that, in general, it is not working for mentally ill people. She pointed out that: "People with mental illness often are not eligible for home care unless they have another primary diagnosis. When they do get home care, the services are often not appropriate to mental illness, which has very specific needs. That is tragic because we know from small pilot studies that home care can make a big difference in the lives of people with mental illness, particularly those with complex needs. Home care can even prevent the need for institutionalization."²⁴¹

One of the unsettled issues around both organization and financing concerned the appropriate place for the public sector and the private sector. Currently, home care in Canada is provided through a mixture of public and private involvement. Aside from the limited role of the federal government in home care for specific groups such as First Nations and veterans, the budgets and public spending for home care are controlled primarily by provincial and territorial governments.

However, when it comes to delivery of services, both the public and private sectors have a role. In the private sphere, service delivery can be through not-for-profit agencies such as the Victorian Order of Nurses and for-profit companies such as ComCare. For most witnesses, the key concern was to eliminate financial barriers for people seeking care at a vulnerable time in their lives. Several witnesses noted studies showing that when people are aware that they have to pay for care, they tend not to access that care.

Some witnesses noted that the private factor in home care is not divergent from the rest of the organization of health care. Dr. Taylor Alexander pointed out that "physicians in our country are virtually private practitioners paid by public funding. Hospitals are private institutions paid by public funding."²⁴² By extension, home care could be dealt with in the same manner as physicians and hospitals, as private services paid by public funding but with the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act* applying.

For Nadine Henningsen, one of the key variables in the profit versus the not-for-profit debate around home care was that the case management function should be a government, publicly administered role. According to her, home and community care is unique in its case management function and almost all jurisdictions now have single entry, standardized assessment and placement to home care services with ongoing case management. She noted that, unlike hospitals, in the area of home care, the case managers are the drivers or the

²⁴⁰ Dr. Alexander Taylor (14:32) and Nadine Henningsen (14:33).

²⁴¹ Bonnie Pape (19:41).

²⁴² Dr. Taylor Alexander (14:20).

controllers while the service providers, whether equipment or personnel, follow a pre-established and controlled case management plan.²⁴³

Other witnesses had concerns about private for-profit provision of home care. Kathleen Connors, President of the Canadian Federation of Nurses Unions observed that, in Manitoba, the government's experiment with private-for-profit home care was a failure. They could not obtain bids that were more cost effective in the delivery of quality home care services and so they reverted to the publicly funded and publicly delivered system.²⁴⁴

Witnesses generally felt that the federal government had a role, both in terms of research support to establish best practices and also with respect to an appropriate level of federal financial support. In relation to best practices, they pointed to a model in Manitoba where the home care programs are permitted to spend for home care services up to the amount that it would cost to have someone in a long-term care institution. On federal funding, they called for immediate allocation of funds targeted to home care by the provinces and territories with accountability for their appropriate allocation.

9.4.4 Informal Caregivers

Witnesses expressed concerns that the reduction in inpatient hospital services has increased the burden of care on families and friends. This shifting of the care from the public to the formal and informal private sector is occurring at the same time that family size is diminishing and the older population is increasing.

The financial burden for family members and close friends who assume care of a person discharged from acute care or released into home palliative care can be high. In the 1996 General Social Survey on social and community support, 86 percent of caregivers provided unpaid informal care. Overall, about 15 percent indicated that their informal caregiver duties were taking an economic toll on them and their families. Women aged 45 to 65 years were most likely to provide care.²⁴⁵ The National Advisory Committee on Aging, in its advisory role to the federal Minister of Health, recommended that the Canada Pension Plan and Employment Insurance be adjusted to accommodate individuals who leave the workforce temporarily to provide informal care.²⁴⁶

We see over and over again, informal caregivers being pressured by the lack of services in the community and no support for them. It is a critical situation that needs to be addressed for chronically ill, disabled or dying patients.

Diane McLeod, VON, (14:17)

With the process of deinstitutionalization, both for acute care and with mental health, witnesses observed that the dollars did not follow the patients into the community but were used for other purposes. As a result, individuals needing care turned to family members and close friends for support. These informal caregivers in turn spend hours of their time as well as money arranging needed supports and services for the family member or friend shifted from the institution to the community. According to the Roehrer Institute - a national research

²⁴³ Nadine Henningsen (14:20).

²⁴⁴ Kathleen Connors (13:71).

²⁴⁵ Kelly Cranswick, "Canada's Caregivers," *Canadian Social Trends*, Winter 1997, Statistics Canada, No. 11-008-XPE.

²⁴⁶ National Advisory Council on Aging, *Position on Home Care*, No. 20, Ottawa: March 2000.

organization focusing on public policy concerns of persons with intellectual and other disabilities - the time-consuming process of finding funding, working with several agencies, managing schedules for several therapists, and obtaining respite services can lead to serious physical and mental burnout for informal caregivers.²⁴⁷

The need to prevent physical and mental burnout of informal caregivers is an issue for all families caring for someone at home. Witnesses argued that when home care is considered, the financial cost of respite programs for the unpaid caregiver must be part of health costs. They advocated for low-cost interventions that included: information and advice, time for themselves, psychosocial support through self-help and other groups and advocacy on their behalf.

Witnesses called for the federal government to work closely with the provinces and territories in the development of a national respite strategy to give people time off from their care-giving so that they can recuperate and have a personal life and some recreation. The strategy could include a wide variety of financial mechanisms to support caregivers such as the tax system, employment policies, employment insurance and pension systems as well as direct payments.

9.4.5 Information and Research

Witnesses pointed to the large number of unanswered questions in relation to home care and called for enhanced information systems and increased research. Like other witnesses in the Committee study, those talking specifically about home care emphasized that more evidence is needed in order to make responsible decisions. In their view, all aspects of care delivery need to be documented and evaluated including looking at who would be the best-qualified, trained and supported home care workers and whether the organization providing services is utilizing the “best practices” in all aspects from worker training to care delivery.

Witnesses on health information generally pointed out that the area is currently hospital- and physician-dominated. This was reiterated by witnesses on home care generally and those addressing mental health concerns. It was noted that, although most mental disorders are treated in the community, rather than in hospital, data on mental illness come primarily from hospital data with a growing body of knowledge based on national health surveys.²⁴⁸

In relation to home care information systems, witnesses envisioned needs that included: a common assessment system oriented to client outcomes; a common service classification system; and a clinical information

There is little statistical information in the community sector to help in decision making critical to the effect of delivery of care. At the present time, we basically have a paper-based system. This not only causes enormous inefficiencies and extra cost but also, perhaps more importantly leads, to an inadequate capacity to assess quality of services. Unlike the institutional sector, governments across Canada have not made a significant investment in development of an information system for home care.

Diane MacLeod, VON (14:16)

²⁴⁷ Roeher Institute, *When Kids Belong: Supporting Children with Complex Needs – At Home and In the Community*, North York (Ont.) Roeher Institute, 2000.

²⁴⁸ Tom Lips (19:20).

system to support multi-disciplinary teams. Régis Paradis, from the Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, stressed the need for uniform data collection after standardized surveillance:

*(...) we need reliable and well-documented interprovincial data on the performance and effectiveness of the health care system, particularly as regards home support services. The Canadian Institute for Health Information is an example of what can be done. The work done by Human Resources Development Canada is also important as it provides an overall assessment of the problem of human resources in a given area.*²⁴⁹

On home care research, witnesses advocated shifting research funding away from its current channel through established organizations such as hospitals and universities to targeted research funding for the community sector. Research questions included broad ones about the role of government and the role of private for profit and private not-for-profit organizations; the role of family and friends and community; and more specific ones about the level of per capita spending on home care compared to hospitals and residential care and quantitative data about the effect of the change from CAP to CHST on home care.

For those closely involved in home care, little is known about ways that home care can be incorporated as part of hospital downsizing exercises or into primary care innovations. They want to know the effectiveness and efficiency of offering incentives to physicians to collaborate with home care nurses and case managers, of developing professional and paraprofessional teams, of organizing physical, technical and human resources differently. In particular, they want to develop common outcome-oriented assessments and common classification that will permit wider application of research results.

9.4.6 Prescription Drugs

For many witnesses, the impact on the home care sector of discharging sicker patients earlier into the community has significance for the drug costs as well as other costs that must be paid for by an in-home care patient. As Dr. Taylor Alexander emphasized: "Home care, which was designed to support people not only in an acute phase but over a long period of time, is being required to shift increasing resources into what is called "acute care substitution." In other words, it is like the hospital at home with all of the accompanying high-tech and high-cost resources."²⁵⁰ Prescription drugs are among the high-cost resources that are covered by medicare while persons are in hospital, but not when they return home.

There is a fear that the lack of coverage for prescription drug costs can place the health of a person at risk, especially for those who cannot afford to buy all the drugs they require. One at-risk group is the de-institutionalized mentally ill who may lack both financial and other resources for appropriate drug treatment at home.

²⁴⁹ Régis Paradis (13:53).

²⁵⁰ Dr. Taylor Alexander (14:25).

In relation to palliative care, witnesses emphasized that one critical element of an effective palliative care is for the patient to be pain free. Dr. Taylor Alexander referred to palliative care situations where there is a widespread lack of adequate pain management, often because patients and families simply cannot afford the drugs to control the pain. This tragic situation results in unnecessary suffering for persons who are ill.²⁵¹

The Senate report on end-of-life care provided an overview of provincial responses to questions about the removal of financial barriers to community palliative care caused by the cost of drugs and other medical supplies. It indicated that many provinces had already taken steps or were in the process of providing drugs to people designated as palliative by physicians or case management assessments.²⁵²

9.4.7 Telehealth

Technology in various telehealth applications is seen as vital to the home care discussion. The ability to connect a patient's in-home monitoring equipment to local health facilities over telephone lines is already a reality. Other possibilities are close to realization. Various telehealth applications relevant to home care include: telemedicine involving medical consultations, diagnosis, rehabilitation for the home care patient from a distance; tele-education for information exchange between professionals and the home care patient; telemonitoring where patients undergoing hemodialysis, cardiac, oncological treatments can be monitored or elderly persons can be assisted at home; and tele-networking for linkages of home care patient records with pharmacies and laboratories.

In about 10 years, you will have a communication device in your home. It will not be a television. It will be a flat screen TV, probably a plasma screen, on your wall. It will be voice-activated. You will talk to it. You will say, "Connect me to my doctor." It will dial automatically for you. You will have a discussion. You will have a slot to put your finger in; it will do a blood test and take your pulse. This technology exists now. This is not dreaming.

William Pascal, Office of Health and the Information Highway, Health Canada (12:24)

Various provinces are trying different approaches to link home care and professionals. Ontario and New Brunswick have recently established centres with 24-hour nurse call centres for people to phone for medical information and advice. Health Canada has worked with Ontario to set up projects where a monitoring station within a hospital links nurses and physicians to home care health workers operating through community care access centres.²⁵³

As witnesses noted, the efficiencies of telehealth in relation to home care still need to be assessed. Current cost analysis suggests that links to a person's home can save money in several ways. From the health professional's perspective, one nurse could see many more people in their homes if the nurse was not required to drive long distances by car each day. From the health care system perspective, information from the United States suggests that the management of children with asthma using computer systems in schools could result in a

²⁵¹ Dr. Taylor Alexander (14:14).

²⁵² Senate Subcommittee to Update of Life and Death, *Quality End-of-Life Care: The Right of Every Canadian*, June 2000, Appendix I: Update 2000.

²⁵³ William Pascal (12:24).

decrease in hospitalization and an improvement in wellness. From the family perspective, it could save money on travel costs. For example, the cost of transporting a child and the family from Thunder Bay to Toronto could be \$1,300 per family.²⁵⁴

The Committee also heard that another benefit of telehealth in the home as well as elsewhere is that such technology can reduce language and literacy problems for people interacting with the health care system. Dr. Thomas Ward of the F/P/T Advisory Committee on Health Human Resources pointed out that: "In the Maritimes we have a significant problem with literacy, particularly in the adult population. Most people leave school at a young age to work on the fishing boats or in the mines. That population can be maintained at home through the opportunity for some sort of interactive link through television sets. The technology is there such that someone at the other end - a face - can answer a question, and it does not require someone to sit down and read through some technical document."²⁵⁵

9.5 Committee Commentary

The Committee agrees with witnesses that the home care issues related to national standards, human resources, organizing and financing, informal caregivers, information and research, prescription drugs, and technology must be addressed quickly. It favours increased public policy being given to home care and alternative care provision. The mounting evidence of cost effectiveness in home care delivery is encouraging, as is the extensive participation by community organizations in articulating the needs of those members of the Canadian population who could most benefit from increased home care services.

The Committee also recognizes that while extensive discussion has ensued around the issue of home care as a substitute for acute care, insufficient attention has been given to home care as a substitution for services in long-term and residential facilities. There is also a lack of data and research about home care in relation to palliative care and home care with respect to prevention of incapacity through social and other supports.

The Committee also acknowledges that the federal government currently has several avenues for influencing home care outcomes in Canada.²⁵⁶ To further the development of home care as a national program, the federal government could continue and expand its funding for direct home care programs and services for specific groups under its jurisdiction. It could increase federal transfers under the CHST to assist provinces in developing home care programs in their respective jurisdictions or design a targeted program for specific aspects of home care. It could offer additional financial assistance to home care consumers through tax credits and deductions. It could collect and analyze home care data and increase research funding in the area. It could promote telehealth projects in the area of home care. It could enlarge the scope of the *Canada Health Act* so that necessary health care services are provided in care settings other than hospitals and physician's offices. And finally, to accomplish all this, it could ensure that there is extensive federal, provincial and territorial consultation.

²⁵⁴ *Ibid.*

²⁵⁵ Dr. Thomas Ward (13:26).

²⁵⁶ Nancy Miller Chenier, *Home Care: A Federal Perspective*, Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, TIP 77-E 19 December 2000.

CHAPTER TEN:

RURAL HEALTH

Rural Canada occupies 9.5 million square kilometres, or about 95 percent of Canada's territory. Approximately nine million Canadians, or about 30 percent of the total population, live in rural and remote areas of the country. Rural and remote areas in Canada embrace varied terrain and economic activities spanning resource, manufacturing and service industries. Observations about rural Canada suggest some defining characteristics:

- Rural Canada includes rural and remote communities as well as small towns outside major urban centres.
- Rural populations that are more distanced from urban centres continue to decline, particularly as young people leave for educational and employment opportunities and as seniors leave to seek greater access to long-term care.
- Rural populations in closer proximity to cities or in recreational areas are increasing.
- Across Canada, more than half of the Aboriginal peoples (whether on reserves or in Inuit or Métis communities) live in rural areas.
- Ontario and British Columbia have the lowest percentage of rural residents while the territories and Atlantic provinces have the highest. Almost half of the population in Atlantic Canada live in rural areas.
- Seniors, children and youth under the age of 20 are over-represented in rural regions of Canada. More precisely, the 1996 Census shows that, compared with the national average, rural Canada has a higher percentage of children between the ages of 5 and 19, a lower percentage of males between 20 and 39 and females between 20 and 49, and a higher percentage of males over 55 and females between 60 and 69.
- Rural areas have generally higher unemployment rates and lower formal education levels.
- Rural people living in the Prairie provinces have a lower unemployment rate than do people living in Atlantic Canada.²⁵⁷

10.1 Health Status Indicators

A recent report, entitled *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for All Canadians*, points out that there is not a great deal of information

²⁵⁷ Canada, Canadian Rural Partnership, *Questions for Rural Canadians: Rural Dialogue Workbook*, Ottawa, 1998; Canada, Rural Secretariat, *Working Together in Rural Canada: Annual Report to Parliament*, Agriculture and Agri-Food Canada, May 2000.

available on the health of rural Canadians, although data on life expectancy, death rates and infant mortality rates give some broad indicators of health. Overall, compared to urban areas, life expectancy in rural regions is shorter while death rates and infant mortality rates are higher. In 1996, life expectancy for rural females was 80.82 years as opposed to 81.31 years for urban females. The comparable figures for rural and urban males were 74.67 years and 75.67 years, respectively.²⁵⁸

Overall, the health status of rural and remote residents is lower than that of their urban counterparts. Dr. Peter Hutten-Czapski, President of the Society of Rural Physicians of Canada, noted:

There is a trend towards a progressive deterioration in health as one moves from an area bordering urban centres into the very remote hinterland.

Dr. Peter Hutten-Czapski, President, Society of Rural Physicians of Canada (17:13)

Health status decreases as one travels to more rural and remote regions. As an example, heart disease is common in northern Ontario. Certain types of cancer are found among miners and farmers. There are substantially higher rates of diabetes, respiratory and infectious diseases, as well as violence-related deaths, in some aboriginal communities. Combined, there is an increase in mortality in rural regions as evidenced by life span.

The lower life expectancies are not associated with just a few specific causes; rather, the mortality rates in these regions are higher for most causes of death. Consistent with other measures of the health of the population, there is an association with socio-economic factors: life expectancy decreases as the rate of unemployment increases and the level of education decreases.²⁵⁹

The health and health care needs of rural Canadians are different from those of Canadians living in urban areas. As Health Canada's Office of Rural Health pointed out:

Rural realities and health needs differ from those of urban areas. These needs may be particular to the environment (e.g., the need for education on tractor roll-over prevention), changing demographics (e.g., an increase in the seniors' population in some rural areas), a common health need present in a rural environment (e.g., the health status of First Nations' communities), or the need for health concerns to be expressed in a 'rurally sensitive' way (e.g., obstetrical services that do not generate an excessive 'travel burden' on rural women).²⁶⁰

This statement highlights some of the particular populations in rural Canada that may have special needs based on factors such as age, gender, ethnicity, and occupation. For example, various studies have shown that:

²⁵⁸ M. Watanabe with A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for All Canadians*, A Report of the Rural Health Research Summit, January 2000, p. 21.

²⁵⁹ Peter Hutten-Czapski, *State of Rural Health Care*, Brief to the Committee, 31 May 2001, p. 3.

²⁶⁰ Health Canada, *Rural Health* (<http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/>).

- Seniors in Canada are over-represented in rural regions, as are children and youth under the age of 20. There are particular issues for seniors needing assisted home care or long-term care and for children and youth with special medical needs or who are in abusive situations.
- Farmers, fishers, foresters, and miners can face serious health hazards in their jobs. In addition to accidents related to the increasingly complex machinery used in these occupations, there are hazardous exposures to chemicals, noise, long working hours, temperature extremes, infectious diseases, and stress.
- While Aboriginal peoples face an array of health problems related to their socio-economic status, they also experience some of the cultural insensitivity experienced by new immigrants such as lack of services in their own language, health care personnel who are unaware of cultural practices, and problems associated with services designed for a mainstream population.²⁶¹

10.2 Access to Health Services in Remote and Rural Areas

The accessibility criterion of the *Canada Health Act* requires that reasonable access to insured health services be provided to all Canadians on uniform terms and conditions and without financial or other barriers. Dr. John Wootton, former Executive Director of the Office of Rural Health (now Special Advisor on Rural Health, Population and Public Health Branch, Health Canada) raised the problem of accessibility for rural residents, when he stated: "If there is two-tiered medicine in Canada, it's not rich and poor, it's urban versus rural."²⁶²

If there is two-tiered medicine in Canada, it's not rich and poor, it's urban versus rural.

Dr. John Wootton, quoted in Farm Family Health.

Canadians living in rural and remote areas are limited to a smaller range of health care providers when seeking care than are their urban counterparts. Rural hospital closures and centralization of health services have had an impact on rural residents. Rural physicians explained that, when the insured health services are not available from local providers in local health care facilities, rural residents must travel long distances and incur additional costs for transportation and other needs such as hotels. This can also negatively affect their health:

We must understand that if rural people are forced to travel for care, some will not travel. If they do not travel, they cannot achieve the health outcomes of people who are able or willing to travel. Some will travel, but the delay caused by the travelling or the need to travel will be costly to them. Others will be subject to the hazards of transport or inclement weather. Collectively forcing people to travel long distances for health care, even to a centre of the highest standards, will adversely affect health outcomes.

²⁶¹ For an overview of these factors, see Therese Jennissen, *Health Issues in Rural Canada*, Parliamentary Research Branch, BP-235E, 1993.

²⁶² Interview with Dr. John Wootton, "New Office to Focus on Rural Health Issues," *Farm Family Health*, 7(1) Spring 1999.

*This is a particular concern for women's health. Studies show that women do poorly if they must travel long distance to give birth. In Saskatchewan, it should be noted, the 1993 closure of 53 rural hospitals was followed by an increase in its perinatal mortality rate. We cannot say that these things are causal, but it is certainly concerning.*²⁶³

The recruitment and retention of health care personnel including physicians, specialists, nurses, technicians, social workers, physiologists and nutritionists, in remote and rural areas of Canada have been ongoing concerns. Access to physician services is a particular problem. For example, Dr. Hutten-Czapski stated:

*Doctors are concentrated where the most healthy people in the country live, and the sickest populations have the least access to health care, so the gap between urban and rural grows.*²⁶⁴

Physician shortages in rural and remote communities have been persistent and are expected to continue. According to the Canadian Medical Association:

- While approximately 30% of Canadians live in rural or remote areas, only 10% of Canadian physicians practise outside Census Metropolitan Areas or Census Agglomerations;
- Of the approximately 5,700 rural physicians, 87% are family physicians;
- While the majority of rural physicians (72%) graduate from Canadian medical schools, the number of Canadian graduates varies from region to region. In Newfoundland, one-third of the rural physicians are Canadian graduates; in Saskatchewan, one-fifth of rural doctors have graduated from Canadian medical schools. In Quebec, 95% of rural physicians have been trained in Canada.²⁶⁵

Statistical modeling predicted a decrease of rural physicians from 5,531 in 1998 to 4,529 in 2021. The ratio of physicians per 1000 population will decrease from an already low 0.79 physicians per 1000 population in 1999 to 0.53 by 2021 (a 33% decrease).

Society of Rural Physicians of Canada, Brief, p. 1

(...) the rural physician currently is produced by accident and not by design. In fact, the largest source of medical school that is more pertinent to rural Canada is the University of Johannesburg. We have 1,500 physicians from South Africa in Saskatchewan.

Dr. Hutten-Czapski (17:29)

In the early 1990s, the federal and provincial/territorial Ministers of Health considered strategies for physician resource management and by the end of the decade were examining options for both physicians and nurses through the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resources. A discussion paper prepared for this Committee in 1999, entitled *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian*

²⁶³ Dr. Peter Hutten-Czapski (17:13).

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ Canadian Medical Association, *Rural and Remote Health in Canada*, Brief to the Committee, 31 May 2001.

Communities: Recruitment and Retention Revisited (Barer and Stoddart, 1999), attributed the lack of access to physicians services in remote and rural areas compared to urban settings to "a fundamental mismatch between the needs of rural and remote communities ... and the needs and choices of (and influences on) those who become physicians."²⁶⁶ Barer and Stoddart also pointed out:

*There are many communities across the country that are simply too small to support a general practitioner, or that are large enough to support one but too small to support two or three, let alone the full range of specialists found in large urban centres. For their part, most Canadians who are accepted into the medical schools across the country have grown up in urban settings; the bulk of their medical training occurs in urban settings; that training takes place largely in tertiary hospitals which are only found in urban settings; much of the training is provided by physician-educators who work in urban settings; there are (given in per capita terms) more practice opportunities in urban settings; access to specialist colleagues and other complementary treatment and diagnostic resources are more plentiful in urban settings; hours of work are more likely to be 'regular' in urban settings and, in particular, call schedules are less onerous; and there are many more social, educational, recreational, employment and cultural opportunities for physicians and their families in urban settings.*²⁶⁷

Experts suggest that, while policy approaches to dealing with physician shortages in rural and remote areas have been economic or financial, most of the determinants of practice location involve a complex mix of factors involving far more than financial considerations.²⁶⁸ Personal background, professional education and practice factors, personal considerations (e.g., children's education, recreation, spousal job opportunities) and community size and are also important influences in practice locations. Financial considerations, however, are not as important as personal factors. The physicians who moved for professional reasons also indicated that the presence of certain factors such as additional colleagues, *locum tenens* (physicians who temporarily carry on the practice for an absent colleague), opportunities for group practice, specialist services and alternative compensation would have influenced them to remain in rural practice.²⁶⁹

Unfortunately, there is very little data on registered nurses or other health care providers in similar settings.

A variety of measures have been proposed to help alleviate the shortage of physicians in under-serviced areas. For example, these include:

²⁶⁶ Morris L. Barer and Greg L. Stoddart, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, Discussion paper prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resources, June 1999, p. 3 (available on the Internet at <http://www.srpc.ca/librarydocs/BarSto99.htm>).

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ Morris L. Barer, Laura Wood, and David G. Schneider, *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*, Centre for Health Services and Policy Research, The University of British Columbia, May 1999, p. 7.

²⁶⁹ William Tholl, Secretary General and Chief Executive Officer, Canadian Medical Association (17:8).

- Reserving undergraduate medical school places for qualified applicants willing to commit to rural area practice;
- Revising admission criteria for medical schools to favour qualified rural applicants;
- Enhancing rural area exposure in both undergraduate and post-MD training;
- Developing new residency training programs designed explicitly to prepare specialists to serve as rural regional consultants; and
- Introducing or increasing financial incentives to encourage choices of specialties in short rural supply.

Provincial and territorial governments have used a number of incentive programs to attract physicians to practice in rural and remote areas. Most of these are financial in nature, but some focus on working conditions, some seek to direct where physicians can establish practices, others recruit foreign medical graduates and others focus on attracting rural residents to attend medical school and providing rural exposure in the course of medical training.

Research demonstrates that a greater proportion of trainees from rural settings will return to rural areas because they are already comfortable with the rural culture. As governments acknowledge that it may be easier to retain physicians in rural and remote areas if they have grown up there, programs to attract rural residents to become doctors are becoming more common. One such program will be the creation of a rural medical school in northern Ontario – the “Thunder-Barrie Medical School”. Rural physicians challenged the federal government to commit half of the funding for the establishment of rural medical schools in Canada.

Many doctors do come to rural communities as a result of (...) incentive programs. The problem is that doctors are not staying.

Dr. Peter Hutten-Czapski (17:13)

Barer, Wood and Schneider (1999) also pointed out that while all provinces and territories face similar issues and problems in relation to the distribution of health services and personnel, there has not been a great deal of cooperation among them in attempting to solve these problems.

The failure to develop any pan-Canadian initiatives has meant a history of destructive competition rather than co-operation.

Barer, Woods and Schneider (1999)

William Tholl, Secretary General and CEO of the Canadian Medical Association (CMA), attributes this lack of success to the fact that these financial programs have little to do with the major factors involved in a physician's decision to locate and stay in a rural or remote area – those that are non-financial in nature.²⁷⁰ Moreover, the lack of cooperation among the provinces suggests that the federal government could play a useful role in fostering inter-provincial collaboration.

It is important to note that Canada is not alone in experiencing problems in providing health services to rural and remote locations. Significant variations in the geographic supply of health services occur in virtually every industrialized country. The United States, Australia and New Zealand, for example, are experiencing health care personnel distribution

²⁷⁰ William Tholl (17:9).

problems similar to those found in Canada. Like Canada, these countries have adopted a number of policy approaches to deal with these problems.

10.3 Telehealth

Many experts see telehealth as an important vehicle for delivering health services to rural and remote areas. Supporters of telehealth believe that it holds significant promise in this regard. The Office of Health and the Information Highway at Health Canada is promoting telehealth as a way to offer fairer distribution of health resources and to connect patients and health care providers separated by geographic distance. The Society of Rural Physicians of Canada sees both potential and risks in telehealth. The potential lies in its ability to supplement the skills and abilities of existing rural health care workers to deal with problems that would otherwise require patients to travel out of the community to access needed care. The risks, on the other hand, lie in its potential to divert resources away from the local community with the result that needed care can be accessed only from outside sources.²⁷¹

Telehealth is a very positive step of providing health care to rural residents of our country.

Dr. Judith Kulig, Consortium for Rural Health Research (17:6)

10.4 Rural Health Research

Witnesses confirmed that many gaps exist in information on the health status of individuals and communities in rural Canada. Similarly, there is not a substantial body of research on rural health issues. In the view of witnesses, rural health issues tend to be eclipsed by those in urban areas. Policy solutions often are based on experiences in urban areas and rely on urban data and research. A position paper prepared for the Canadian Health Services Research Foundation and the Social Science and Humanities Research Council pointed out:

Because the health problems confronting rural Canada are serious, complex, interrelated and evolving, research should have a critical role to play in examining the nature of these problems, monitor their progress or deterioration, identifying their causes, finding solutions and evaluating the effectiveness of various interventions. However, to date, rural health research has not received substantial or sustained support from major health research granting agencies in Canada. Generally speaking, within the health research community, rural health issues are either overlooked or dealt within a "generic" manner. In "generic" studies, even when rural is mentioned, it is commonly used as a convenient comparison category to illustrate urban-rural differences. Rural is rarely the focus of attention, yet findings and recommendations from urban-based research are often considered universally applicable or are extrapolated to rural settings.²⁷²

²⁷¹ Society of Rural Physicians of Canada, Brief, p. 4.

²⁷² Raymond W. Pong, Anne Marie Atkinson, Andrew Irvine, Martha MacLeod, Bruce Minore, Ann Pegoraro, J. Roger Pitblado, Michael Stones, and Geoff Tesson, *Rural Health Research in the Canadian Institutes of Health*

One of the weaknesses identified in rural health research is lack of coordination and planning. A 1999 Rural Health Research Summit was held to develop a "Blueprint" for future action in rural health research. Other initiatives such as the development of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), increases in health research budgets and the appointment of a special advisor on rural health to CIHR's President have been important developments in rural health research. In addition, a Rural Health Research Consortium was formed in 1999 to build capacity in research endeavours related to health in rural and remote areas.

10.5 The Federal Role

The federal government has responded to the concerns of rural Canadians in a number of ways. For example, the Office of Rural Health was established in September 1998 to ensure that the views and concerns of rural Canadians are better reflected in national health policy and health care system renewal strategies. In February 1999, the federal government announced funding of \$50 million over three years (from 1999-00 to 2001-02) to support pilot projects under the "Innovations in Rural and Community Health Initiative."

In June 2000, the federal government announced a National Strategy on Rural Health that it sees as an important milestone on the road to ensuring that all Canadians have reliable access to quality health care. Then, in July 2001, the federal government announced the establishment of a Ministerial Advisory Committee on Rural Health to provide advice to the federal Minister of Health on how the federal government can improve the health of rural communities and individuals.

10.6 Committee Commentary

The Canadian health care system faces many challenges, some of the greatest of which are providing for the health care needs of those who live in rural and remote areas of the country. We know that, generally, rural Canadians have: higher death rates; higher infant mortality rates; and shorter life expectancies than do urban Canadians. We also know that certain types of diseases and conditions are more prevalent in rural areas and among occupations associated with a rural environment. But witnesses pointed out that little is known about the overall health status of rural Canadians. Dr. Judith Kulig, Consortium for Rural Health Research, characterized the adequacy of information on the health status of rural residents as very poor.²⁷³ She attributed this to the limited number of individuals pursuing rural health topics and the limited number of dollars to support research in this field.

Providing equal access to health care is a challenge in rural and remote areas of Canada. The Committee was told that systemic trends such as inadequate numbers of rural doctors and increasing centralization of medical services have the effect of impeding access. The current medical education system is not geared to producing sufficient numbers of doctors who are interested in committing to rural practices; as well, provincial financial incentive programs to attract and retain rural physicians have not had high success rates. Telehealth

Research, A position paper prepared for Canadian Health Services Research Foundation and Social Sciences and Humanities Research Council, p.3.

²⁷³ Dr. Judith Kulig (17:4).

applications can help solve some of these problems, but they constitute only one part of the solution.

Witnesses emphasized the importance of federal, provincial, and territorial cooperation in developing national strategies to deal with rural health issues whether in the areas of planning, research, health human resources or reducing structural barriers to national rural health policy advancement. They argued for a federal presence in areas such as funding, immigration, planning, evaluation, information-sharing and co-ordination, technology, facilitating consensus, promoting innovative solutions to rural health issues, and an expansion of the mandate of the Health Canada's Office of Rural Health.²⁷⁴

The Committee hopes that the recently established Ministerial Advisory Committee on Rural Health will lead to concrete policies and programs that will effectively contribute to enhancing the health of rural Canadians.

²⁷⁴ In September 1998, the Office of Rural Health was established in Health Canada to apply a "rural lens" to the federal government's policies, programs and services. The Office's mandate is to:

- Provide policy advice on rural health issues;
- Identify rural health issues in relation to broad federal, departmental and regional priorities;
- Foster understanding about rural health issues of national concern and build consensus on how to address them;
- Identify emerging trends;
- Work with others to promote, encourage or influence action on rural health issues; and
- Promote the involvement of rural citizens, communities and health care providers.

CHAPTER ELEVEN:

MYTHS AND REALITIES

As mentioned in the Phase One report, the debate about Canada's health care system and its future has generated a great deal of confusion. In this chapter, the Committee briefly analyzes a series of arguments in order to help separate myth from reality. We hope that this information will contribute to an informed, fact-based debate on health and health care.

11.1 Demographic Aging

Myth: The single biggest increase in health care spending is attributable to the needs of older Canadians.

Reality: Persons over 65 consume, on average, more health services than those under 65. However, the aging of the population is only one of the many factors – related to both supply and demand – contributing to increasing health care costs. Other cost drivers include the use of new technology, the cost of new drugs, changing public expectations, and new and changing patterns of diseases. These all have a significant influence on the cost of health care.

Canadians are living both longer and more healthily. Therefore, the anticipated demographic impact of aging on the health care system needs to be revisited. Moreover, while the costs associated with aging must be analyzed and managed, a more significant issue concerns the health care costs that are generally incurred during the last six months of life, regardless of age. The cost of medical care that individuals receive skyrockets as they near the end of their life. As a result, it is not the aging per se of the population which has an impact on health care costs, but rather the overall increase in the population.

11.2 Spending on Drugs

Myth: Spending on drugs is increasing because of higher drug prices.

Reality: A number of factors are responsible for increased spending on drugs such as increased utilization, a shift in prescribing patterns away for older less expensive drugs to newer costlier medications, and prices increases. Using data from British Columbia, the Federal/Provincial/Territorial Task Force on Drug Utilization (see Chapter Two) found that that changes in prescription drug spending could be attributed to the following cost drivers: increased utilization of existing drugs (50%), sales of new drugs in their first full year (32%) and price increases of existing drugs (18%). Thus, increased utilization and a shift to newer drugs, not prices increases have been largely responsible for recent increases in spending on drugs.

Myth: Canadians in all parts of Canada have equal access to prescription drugs under provincial government Pharmacare plans.

Reality: There are significant regional variations in who is eligible for coverage and the reimbursement levels under government drug insurance plans. Residents of Atlantic Canada do not fare as well as residents in other parts of Canada. Also, substantial numbers of people have inadequate coverage or no coverage at all. Part-time and low-income workers are particularly vulnerable because they often do not qualify for government plan coverage and do not have access to employee benefits plans with drug coverage.

Myth: Drugs prices are the same throughout Canada.

Reality: Drug prices vary from province to province. The Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices reported significant differences in the manufacturers' prices across Canada for the same drug products. In 1993, prices in Ontario (the highest-price province) were 8.8% higher than the prices in British Columbia (the lowest-price province). By 1997, the last year covered by the report, price differences had been reduced, with Nova Scotia (the highest-price province) having prices that were 5% higher than the lowest-price province, Manitoba. The Task Force also found that if all provinces in the study had paid the lowest available prices for the same products in 1997, \$60 million would have been saved.

Despite various efforts to control prices, drug spending is expected to continue to escalate largely because of increased utilization and increased consumption of newer more expensive drugs.

11.3 Health Care Technology

Myth: All health care technologies currently used within the Canadian health care system have been evaluated in term of their safety, clinical efficacy and cost-effectiveness.

Reality: Unfortunately, this is not the case. As mentioned in Chapter Three, Canada does not devote a great deal of money to health care technology assessment (HTA). On a worldwide basis, Canada spends less on HTA activities than do other countries. For example, all levels of government invest less than \$8 million in Canada, whereas the United Kingdom provides some \$100 million to its national HTA body – the National Institute for Clinical Excellence (NICE). As a result, health care technologies are often introduced into the Canadian health care system with only superficial knowledge of their safety, effectiveness and cost.

11.4 Aboriginal Health

Myth: The federal government pays for the health services for all Aboriginal people in Canada.

Reality: Health care to Aboriginal Canadians is delivered through a complex array of federal, provincial and Aboriginal-run programs and services. Métis and non-status Indians are not eligible for most federal health-related programs. Health Canada provides services to First Nations (status Indians) and Inuit. These include:

- community-based health promotion and prevention programs to status Indians living on reserves and in Inuit communities;
- non-insured health benefits (NIHB) to status Indians and Inuit peoples regardless of residence in Canada. (As explained in Chapter Five, the NIHB program provides a range of health-related services to eligible beneficiaries who are status Indians, recognized Inuit or Labrador Innu. Benefits include drugs, medical supplies and equipment, dental care, vision care, medical transportation, provincial health care premiums, and crisis mental health counselling.);
- primary care and emergency services in nearly 200 isolated and semi-isolated areas where no provincial services are available;
- public health services in over 400 communities;
- funding for addiction services through treatment centres and addiction treatment workers.

Myth: The Aboriginal population enjoys the same health status as other Canadians.

Reality: The life expectancy of Aboriginal peoples in Canada is at least five years below the average for all Canadians. This is an enormous gap. It has been estimated that increasing the life expectancy of the Aboriginal population by five years would require the elimination of all deaths from cardiovascular diseases (the leading cause) and almost all deaths from cancer (the second cause of death). Although this would appear to be an insurmountable obstacle, the Committee was told that some progress is being made.

Although the discrepancies in the health status of the Aboriginal population are evident, the underlying causes are not easily identified. Aboriginal Canadians are less likely to have finished high school, and are twice as likely to be under Statistics Canada's low income cut-offs. This could help explain some of the factors contributing to the Aboriginal population's higher incidence of health problems.

Overall, a variety of determinants affect the health of Aboriginal Canadians. Witnesses told the Committee that, because many federal departments are currently responsible for delivering a wide range of programs that can have an impact on Aboriginal health, the federal government is, therefore, well positioned to develop and implement population health strategy designed specifically for Aboriginal Canadians.

11.5 Human Resources in Health Care

Myth: Fee-for-service is the only model that physicians will accept.

Reality: Most physicians are currently paid under a fee-for-service scheme in Canada. There is evidence, however, that many physicians would prefer an alternative mode of remuneration. A 1999 survey by the Canadian Medical Association reported that only 33% of respondents would prefer to be paid on a fee-for-service basis. Another 21% would prefer to be

salaried, while less than 1% would select capitation. Approximately 35% indicated a preference for a blend of payments (e.g. mix of fee-for-service and capitation). Data from CIHI (2000) shows that, at present, the proportion of physicians remunerated by non fee-for-service mechanisms ranges from 2% in Alberta to 53% in Manitoba.

The fee-for-service scheme has some drawbacks. First, fee-for-service actively discourages physicians from promoting teamwork, as their individual remuneration depends on the number of patients they see. Second, fee-for-service encourages family physicians to refer as a matter of course many of the more complex cases to specialists because they have no incentive to spend more time with “difficult” cases. Finally, fee-for-service reinforces the public’s perception of the current “hierarchy” within the health care system, and can only serve to accentuate demand on the part of individual patients to always consult the most “highly” qualified provider, regardless of whether or not they are the one best-suited to meeting the patient’s needs.

11.6 Health Information Systems

Myth: Canada’s health care system is structured like a 21st century service industry.

Reality: On the contrary, witnesses stressed that a major weakness in our current health care system is that it still operates as a “cottage industry”, despite the fact that the health care sector is an extremely information-intensive industry. Indeed, the most important single ingredient in any diagnosis, treatment and prevention is information. As mentioned in Chapter 8, the health care sector in Canada is not making use of information and communications technology to the same extent as do other information-intensive industries. Moreover, the health care system is not integrated: physicians and other health care providers, hospitals, laboratories and pharmacies all operate as independent entities with limited access to electronic linkages that would enable a better sharing of information.

Greater use of information and communications technology along with better integration of health care providers and institutions would facilitate the determination of causal relationships between the various inputs typical of the health care system and the resulting outputs or outcomes. This would greatly improve evidence-based decision-making by health care providers, health care managers and health care policy-makers. This would allow us to answer such questions as: Are we investing enough, too much, or too little in health care technology? Are there too many, too few, or just enough physicians, nurses, or other health care professionals? Are we getting our money’s worth? Currently, we simply do not know the answers to these questions.

The Committee believes that many of the problems facing the health care sector can be successfully addressed only if the industry is prepared to transform itself into a 21st century service industry, rather than remaining mired in a 19th century structure and outlook. In our view, the federal government could provide assistance to encourage this transformation.

11.7 Home Care

Myth: Home care is only for people who are old.

Reality: Although many home care services are aimed at the frail elderly, there are no upper or lower age or other limits for home care requirements. Home care may be appropriate for people with minor health problems and disabilities as well as for those who are acutely ill requiring intensive and sophisticated services and equipment. Services are available to children recovering from acute illness, adults with chronic diseases such as diabetes, persons with physical or mental disabilities, and individuals needing end-of-life care.

11.8 Rural Health

Myth: The health and health care needs of rural Canadians are the same as those of Canadians living in urban settings.

Reality: Health Canada's Office of Rural Health points out that rural health needs differ from those of urban areas. These needs stem from the particular environment, such as the hazards associated with rural occupations including mining, fishing and farming; demographic trends such as an increase in the seniors' population in some rural areas; and the common health needs associated with the presence of a significant number of Aboriginal communities. In addition, there are more problems associated with delivering health services in rural and remote environments compared to an urban setting – distances are greater, the numbers of health care providers are smaller and specialist services may not be readily available.

Myth: The rural health issues faced by Canada are unique to this country.

Reality: Rural health issues tend to be similar throughout the world. Significant variations in the geographic supply of health services occur in virtually every industrialized country. The United States, Australia and New Zealand, for example, are experiencing health care personnel distribution problems similar to those found in Canada.

CONCLUSION

This report completes Phase Two of the Committee's study on health care. It summarizes the evidence we heard from March 2001 to June 2001, and makes reference to documents that were either tabled with the Committee or brought to the attention of the Members.

During Phase Two, the Committee learned a great deal about the major trends that are having an impact on the cost and the method of delivery of health services and the implications of these trends for future public policy and funding. We have heard that issues with respect to demographic aging, the growing cost of new drugs and technologies, shortages of health care providers, the burden of illness, and the particular needs of rural Canadians and Aboriginal peoples all need to be addressed if Canada is to sustain its health care system. The Committee now has a better understanding of how health research and the deployment of a pan-Canadian health info-structure can help improve both the quality of care and the effectiveness of health services delivery in the future. We also understand that health and wellness promotion, disease prevention and population health strategies can contribute to curbing the costs of health care by enhancing the overall health status of Canadians.

With all this background information, we attempted, as in the Phase One report, to shed some light on the current debate over health care in Canada by separating myths from realities. We hope that this report will serve as a useful reference document to anyone who wishes to participate in future phases of the Committee's study on health care.

APPENDIX:

LIST OF WITNESSES (MARCH – JUNE 2001)

Wednesday, March 21, 2001

Statistics Canada:

Réjean Lachapelle, Director, Demography Division

Jean-Marie Berthelot, Manager, Health Analysis and Modeling Group, Social and Economic Studies Division

Brian Murphy, Senior Research Analyst, Socio-Economic Modeling Group

Canadian Institute of Actuaries:

David Oakden, President

Rob Brown, Manager of Task Force on Health Care Financing

Daryl Leech, Chair, Committee on Health Care

National Advisory Council on Aging:

Dr. Michael Gordon, Member

Conference Board of Canada:

James G. Frank, Ph.D., Chief Economist and Vice-President

Glenn Brimacombe, Director of Health Program

Thursday, March 22, 2001

C.D. Howe Institute:

William B.P. Robson, Vice-President and Director of Research

McMaster University:

Byron G. Spencer, Professor

University of Ottawa:

Dr. William Dalziel

Wednesday, March 28, 2001

IMS Health Canada:

Dr. Roger A. Korman, President

Canadian Association of Pharmacists:

Dr. Jeff Poston, Executive Director

Health Promotion Research:

Dr. Robert Coombs, President and CEO

Health Canada:

Barbara Ouellet, Director of Home Care and Pharmaceuticals, Health Care Directorate, Policy and Consultation Branch

Thursday, March 29, 2001

Canadian Association of Radiologists:

Dr. John Radomsky

Thursday, March 29, 2001 (cont'd)

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCHOTA):

Dr. Jill Sanders, President and CEO

The Fraser Institute:

Martin Zelder, Director of Health Policy Research

As an individual:

Professor David Feeny

Wednesday, April 4, 2001

Health Canada:

Dr. Christina Mills, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control – Population Public Health Branch

Dr. Paul Gully, Acting Director General, Centre for Infectious Disease Prevention and Control

Dr. Clarence Clotey, Acting Director, Diabetes Division, Bureau of Cardio-Respiratory Diseases and Diabetes, Centre for Chronic Disease prevention and Control

Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors

Dalhousie University:

Dr. David MacLean, Departmental Head, Community Health and Epidemiology

Thursday, April 5, 2001

Health Canada:

Abby Hoffman, Director General, Health Care Directorate – Health Policy and Communications Branch

Cliff Halliwell, Director General, Applied Research & Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch

Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors

Thursday, April 26, 2001

Canadian Institute of Health Research:

Dr. Alan Bernstein, President

Health Canada:

Kimberly Elmslie, Acting Executive Director, Health Research Secretariat

Statistics Canada:

T. Scott Murray, Director General, Institutions and Social Statistics Branch

Wednesday, May 9, 2001

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies:

Murray Elston, President

Coalition for Biomedical and Health Research:

Dr. Barry McLennan, Chairman

Charles Pitts, Executive Director

Centre for Excellence for Women's Health:

Dr. Pat Armstrong

Wednesday, May 9, 2001 (cont'd)

Canadian Genetic Diseases Network:

Dr. Ronald Worton, CEO & Scientific Director

Thursday, May 10, 2001

Health Canada:

William J. Pascal, Director General, Office of Health and Information Highway, Information, Analysis and Connectivity Branch

Canadian Institute for Health Information:

Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis

Canadian Society of Telehealth:

Dr. Robert Filler, President

Department of Health and Wellness of New Brunswick

David Cowperthwaite, Director of Information System

Wednesday, May 16, 2001

Canadian Medical Association:

Dr. Peter Barrett, President

Canadian Medical Forum Task Force 1:

Dr. Hugh Scully, President

Federal Provincial Territorial Advisory Committee on Health Human Resources:

Dr. Thomas Ward, Chair

Canadian Nurses Association:

Sandra MacDonald-Remecz, Director of Policy, Regulation and Research

Canadian Federation of Nurses Unions:

Kathleen Connors, President

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec:

Régis Paradis, President

Nurse Practitioners Association of Ontario:

Linda Jones

Canadian Radiation and Imaging Societies in Medicine (CRISM):

Dr. Paul C. Johns, Past Chair

The Canadian Chiropractic Association:

Dr. Tim St. Dennis, President

Canadian Society for Medical Laboratory Science:

Kurt Davis, Executive Director

Thursday, May 17, 2001

Canadian Home Care Association (CHCA):
Nadine Henningsen, Executive Director

Canadian Association for Community Care (CACC):
Dr. Taylor Alexander, President

Victorian Order of Nurses for Canada (VON Canada):
Diane McLeod, Vice-President, Policy, Planning and Government Relations, Central Region

Wednesday, May 30, 2001

Health Canada:
Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch
Jerome Berthelette, Special Advisor, Office of the Special Advisor Aboriginal Health, First Nations Inuit Health Branch
Dr. Peter Cooney, Acting Director General, Non-Insured Health Benefits, First Nations and Inuit Health

Indian and Northern Affairs Canada:
Chantal Bernier, Assistant Deputy Minister, Socio-economic Development Policy and Programs
Terry Harrison, Director, Social Services and Justice

Assembly of First Nations:
Elaine Johnston, Director of Health

Métis National Council:
Gerald Morin, President

Native Women's Association of Canada:
Michelle Audette, Interim Speaker and President of the Native Women Association of Quebec

Congress of Aboriginal Peoples:
Scott Clark, President, United Native Nations

Inuit Tapirisat of Canada:
Larry Gordon, Member ITC, Health Committee

Pauktuutit Inuit Women's Association:
Veronica N. Dewar, President

National Aboriginal Health Organization:
Dr. Judith Bartlett, Chair
Richard Jock, Executive Director

Canadian Institutes of Health Research:
Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health

Wîkewemikong Health Centre:
Ron Wakegijig, Healer

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:
Margaret Horn, Executive Director

Thursday, May 31, 2001

Health Canada:

Dr. John Wooton, Special Advisor on Rural Health, Population and Public Health Branch

Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General and Chief Executive Officer

Society of Rural Physicians of Canada:

Dr. Peter-Hutten-Czapski, President

Consortium for Rural Health Research:

Dr. Judith Kulig

Wednesday, June 6, 2001

University of Ottawa:

Professor Martha Jackman, Faculty of Law

University of Calgary: (by videoconference)

Professor Sheilah Martin, Faculty of Law

Thursday, June 7, 2001 (11:00 a.m.)

Health Canada:

Nancy Garrard, Acting Director General, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch

Tom Lips, Senior Policy Advisor for Mental Health, Population and Public Health Branch

Carl Lakaski, Senior Analyst, Mental Health, Health Human Resources Strategies Division, Health Policy and Communications Branch

Canadian Psychological Association:

Dr. John Service, Executive Director

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, Coordinator

Canadian Mental Health Association:

Bonnie Pape

Department of Health and Wellness of New Brunswick:

Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Rapport intérimaire sur
l'état du système de soins de santé au Canada

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume deux – Tendances actuelles et défis futurs

Président

L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente

L'honorable Marjory LeBreton

JANVIER 2002

TABLE DES MATIÈRES

<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	i
<u>ORDRE DE RENVOI</u>	v
<u>SÉNATEURS</u>	vi
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPITRE UN</u>	5
<u>L'INCIDENCE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ</u> ...	5
1.1 <u>Vieillessement de la population</u>	5
1.2 <u>Incidence du vieillissement de la population</u>	6
1.3 <u>Soins aux aînés canadiens</u>	12
1.3.1 <u>Prestation d'une gamme complète de soins</u>	12
1.3.2 <u>Réforme des soins primaires</u>	13
1.3.3 <u>Promotion du bien-être et prévention de la maladie</u>	14
1.3.4 <u>Nouveaux modes de financement</u>	15
1.3.5 <u>Politique gouvernementale : perspective à long terme</u>	16
1.3.6 <u>Une approche unique pour les soins de longue durée en établissement</u>	16
1.4 <u>Commentaires du Comité</u>	16
<u>CHAPITRE DEUX</u>	19
<u>DÉPENSES AU TITRE DES MÉDICAMENTS AU CANADA</u>	19
2.1 <u>Tendances dans les dépenses au titre des médicaments</u>	19
2.2 <u>Générateurs de coûts</u>	22
2.2.1 <u>Tendances de l'usage des médicaments</u>	22
2.2.2 <u>Tendances du prix des médicaments</u>	24
2.2.3 <u>Genres de médicaments prescrits - Tendances</u>	26
2.2.4 <u>Analyse des générateurs de coûts</u>	26
2.4 <u>Qui paie les médicaments au Canada?</u>	31
2.5 <u>Certains Canadiens sont-ils mieux protégés que d'autres pour ce qui est des frais de médicaments?</u> 33	
2.6 <u>Commentaires du Comité</u>	37
<u>CHAPITRE TROIS</u>	39
<u>TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ</u>	39
3.1 <u>Disponibilité de la technologie de la santé</u>	40
3.2 <u>Évaluation de la technologie de la santé</u>	44
3.3 <u>Incidence sur le coût des soins de santé</u>	45
3.4 <u>Commentaires du Comité</u>	46

CHAPITRE QUATRE	47
<u>TENDANCES DE LA MALADIE</u>	<u>47</u>
4.1 <u>Tendances des maladies</u>	47
4.1.1 <u>Maladies infectieuses</u>	48
4.1.2 <u>Maladies chroniques</u>	49
4.1.3 <u>Blessures</u>	50
4.1.4 <u>Maladie mentale</u>	51
4.1.5 <u>Le fardeau économique de la maladie</u>	51
4.2 <u>Déterminants d'un bon ou mauvais état de santé</u>	51
4.3 <u>Nécessité de promouvoir la santé et de prévenir la maladie</u>	52
4.4 <u>Stratégie relative à la santé de la population</u>	54
4.5 <u>Recherche</u>	56
4.6 <u>Commentaires du Comité</u>	57
 CHAPITRE CINQ	 59
<u>LA SANTÉ DES CANADIENS AUTOCHTONES</u>	<u>59</u>
5.1 <u>Profil démographique de la population autochtone du Canada</u>	59
5.2 <u>Profil socio-économique et environnement physique</u>	61
5.3 <u>Profil de la santé de la population autochtone</u>	63
5.4 <u>Programmes fédéraux concernant la santé des Autochtones</u>	65
5.5 <u>Politique fédérale en matière de santé des Autochtones</u>	68
5.6 <u>Entraves à la santé et au bien-être des Autochtones</u>	72
5.7 <u>Commentaires du Comité</u>	76
 CHAPITRE SIX	 79
<u>RESSOURCES HUMAINES</u>	<u>79</u>
6.1 <u>Médecins</u>	80
6.1.1 <u>Effectif des médecins</u>	80
6.1.2 <u>Mauvaise répartition géographique</u>	81
6.1.3 <u>Formation et recrutement des médecins</u>	82
6.1.4 <u>Le « exode des cerveaux »</u>	84
6.2 <u>Soins infirmiers</u>	86
6.2.1 <u>Effectif infirmier</u>	87
6.2.2 <u>Conditions de travail</u>	88
6.2.3 <u>Formation et recrutement dans le domaine des soins infirmiers</u>	90
6.3 <u>Autres soignants</u>	91
6.4 <u>Réforme des soins primaires</u>	92
6.5 <u>Commentaires du Comité</u>	95
 CHAPITRE SEPT	 97
<u>RECHERCHE EN SANTÉ</u>	<u>97</u>
7.1 <u>Rôle du gouvernement fédéral dans la recherche en santé</u>	97
7.2 <u>Génétique et génomique</u>	102
7.3 <u>Retombées et défis de la recherche en santé</u>	105
7.4 <u>Commentaires du Comité</u>	107

CHAPITRE HUIT	109
<u>INFORMATION SUR LA SANTÉ : UNE INFOSTRUCTURE CANADIENNE DE LA SANTÉ</u>	<u>109</u>
8.1 <u>Notions et définitions.....</u>	110
8.2 <u>Initiatives provinciales et fédérales en matière d'infrastructure nationale de la santé.....</u>	112
8.3 <u>Coûts et avantages.....</u>	118
8.4 <u>Obstacles à surmonter.....</u>	121
8.5 <u>Commentaires du Comité.....</u>	123
 CHAPITRE NEUF.....	 125
<u>SOINS À DOMICILE</u>	<u>125</u>
9.1 <u>Qu'est-ce que les soins à domicile?</u>	125
9.2 <u>Demande actuelle de soins à domicile</u>	127
9.2.1 <u>Diminution des lits d'hôpitaux</u>	127
9.2.2 <u>Fortes croissances de la population de plus de 65 ans.....</u>	127
9.2.3 <u>Pression sur les soignants naturels</u>	128
9.2.4 <u>Progrès technologiques</u>	128
9.3 <u>Dépenses publiques et privées</u>	128
9.4 <u>Mesures à envisager</u>	131
9.4.1 <u>Normes nationales.....</u>	133
9.4.2 <u>Ressources humaines.....</u>	134
9.4.3 <u>Organisation et financement.....</u>	136
9.4.4 <u>Soignants naturels</u>	138
9.4.5 <u>Information et recherche</u>	139
9.4.6 <u>Médicaments sur ordonnance.....</u>	141
9.4.7 <u>Télésanté.....</u>	141
9.5 <u>Commentaires du Comité.....</u>	142
 CHAPITRE DIX.....	 144
<u>LA SANTÉ EN MILIEU RURAL.....</u>	<u>144</u>
10.1 <u>Indicateurs de l'état de santé</u>	144
10.2 <u>Accès aux soins dans les régions rurales et éloignées.....</u>	146
10.3 <u>Télémédecine</u>	150
10.4 <u>Recherche sur la santé en milieu rural</u>	150
10.5 <u>Rôle du gouvernement fédéral.....</u>	151
10.6 <u>Commentaires du Comité.....</u>	151
 CHAPITRE ONZE	 153
<u>MYTHES ET RÉALITÉS.....</u>	<u>153</u>
11.1 <u>Mythes au sujet du vieillissement.....</u>	153
11.2 <u>Mythes au sujet du coût des médicaments.....</u>	153
11.3 <u>Mythes au sujet de la technologie médicale</u>	154
11.4 <u>Mythe au sujet de la santé des Autochtones</u>	155
11.5 <u>Mythes au sujet de l'effectif sanitaire</u>	156
11.6 <u>Mythes au sujet des systèmes d'information sanitaire.....</u>	156
11.7 <u>Mythes au sujet des soins à domicile.....</u>	157
11.8 <u>Mythes au sujet de la santé de la population rurale</u>	157

<u>CONCLUSION</u>	159
<u>ANNEXE</u>	161
<u>LISTE DES TÉMOINS (MARS À JUIN 2001)</u>	161

CHAPITRE CINQ

LA SANTÉ DES CANADIENS AUTOCHTONES

Il y a des différences marquées entre l'état de santé de la population autochtone canadienne et celui de l'ensemble de la population canadienne. La population autochtone est en moins bonne santé, a une espérance de vie plus basse, des taux de mortalité infantile plus élevés et des taux plus élevés dans le cas de certaines maladies chroniques. Il y a également un important décalage socio-économique entre la population autochtone et la population générale — dans le cas de la première, le taux de chômage est plus élevé et les niveaux d'instruction et de revenu sont plus bas.

Ce chapitre trace un bref profil de la population autochtone canadienne des points de vue démographique, socio-économique et de l'état de santé. On y expose également les programmes fédéraux intéressant directement la santé des Autochtones et on y discute de la politique du gouvernement fédéral en matière de santé des Autochtones.

5.1 Profil démographique de la population autochtone du Canada⁹⁹

La population autochtone représente environ 3 % de la population canadienne totale. La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens, les Inuits et les Métis. La population indienne est constituée d'Indiens de plein droit et d'Indiens de fait. La *Loi sur les Indiens* établit les définitions juridiques qui s'appliquent aux Indiens de plein droit (Premières nations) au Canada; il s'agit des Indiens qui sont inscrits en vertu des dispositions de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens de fait sont ceux qui ne sont pas inscrits en vertu des dispositions de la Loi. La population inuite du Canada vit essentiellement dans les localités des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, du Nunavik et du Labrador. Environ 6 % des Inuits vivent dans la partie sud du Canada. Les Inuits ne sont pas régis par les dispositions de la *Loi sur les Indiens*, mais ils bénéficient de certains avantages de la part du gouvernement fédéral. La population métisse est issue d'alliances entre Indiens et Européens. Les Métis ne sont pas régis par la *Loi sur les Indiens* et ne reçoivent pas d'avantages du gouvernement fédéral.

Le graphique 5.1 présente une estimation totale de la population autochtone - 1 399 300 en 2000 - et la répartit comme suit : 28,5 % d'Indiens de plein droit vivant dans les réserves, 30,6 % d'Indiens de fait, 20,8 % d'Indiens de plein droit vivant à l'extérieur des réserves, 15,6 % de Métis et 4,5 % d'Inuits¹⁰⁰.

La population autochtone du Canada est diversifiée : plus de 600 collectivités des Premières nations, représentant plus de 50 nations ou groupes culturels et parlant plus de 50 langues.

⁹⁹ Ces données démographiques sont tirées de trois sources : *Budget des dépenses, Partie III, 2000-2001*, sous la rubrique « Commission des affaires polaires, Affaires indiennes et du Nord Canada »; les données concernant les Autochtones du recensement de 1996, Statistique Canada; une publication de Santé Canada, *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, novembre 1999.

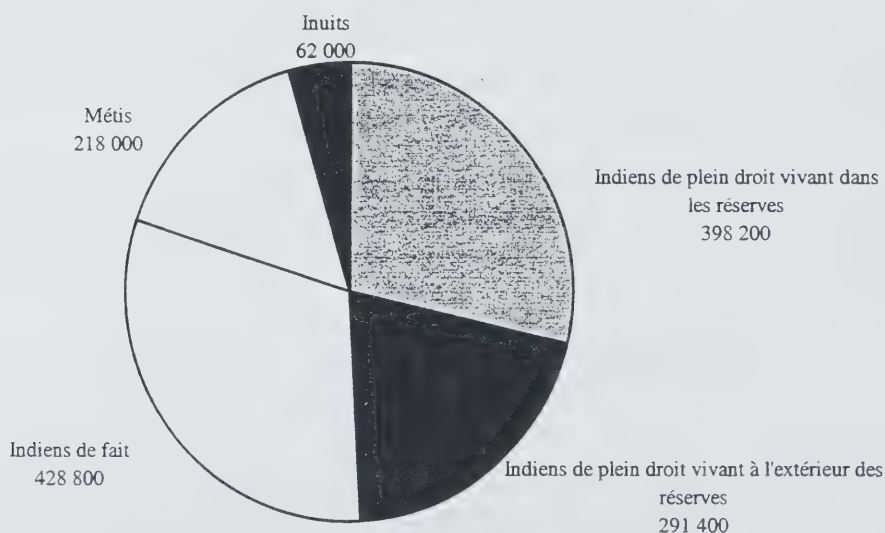
¹⁰⁰ *Rapport sur les plans et les priorités, Budget des dépenses 2000-2001, Partie III*, Commission canadienne des affaires polaires, Affaires indiennes et du Nord Canada, p. 4.

Environ 63 % des collectivités des Premières nations regroupent moins de 500 habitants — 5 % en comptent plus de 2000. Les collectivités inuites, même si elles partagent la même langue, l'inuktitut, parlent des dialectes différents d'une région à l'autre. La plupart des collectivités inuites regroupent moins de 1 000 personnes. Les Métis ont leur propre langue, appelée michif, qui est un mélange de français, d'anglais, de cri et d'ojibway. La population métisse vit pour l'essentiel au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta; environ 10 % vivent sur les terres conférées par l'entente métisse.

La population autochtone du Canada s'urbanise de plus en plus. Entre 1981 et 1991, la population autochtone urbaine a augmenté de 55 % (alors que l'augmentation n'était que de 11 % pour la population urbaine non autochtone). Même si on prévoit un ralentissement de cette croissance, la population autochtone urbaine augmentera néanmoins de 43 % au cours des 25 prochaines années, passant de 320 000 en 1991 à 457 000 en 2016. En 1996, environ le cinquième de la population autochtone vivait dans sept des 25 plus grandes régions métropolitaines de recensement — Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Saskatoon, Toronto, Calgary et Regina.

Dans l'ensemble, la croissance de la population autochtone est le double de celle de la population canadienne générale. De plus, la population autochtone est en moyenne plus jeune que la population canadienne générale. En 1996, l'âge moyen de la population autochtone était de 25,5 ans, dix ans de moins que l'âge moyen de la population générale. Le groupe des enfants de moins de 15 ans représentait 34 % de la totalité de la population autochtone, alors qu'il comptait pour 21 % de l'ensemble de la population canadienne. Dans le groupe des 15-24 ans, la proportion d'Autochtones (18 %) est plus élevée que dans la population générale (14 %). Les personnes âgées ne constituent actuellement qu'une faible proportion de la population autochtone au Canada. En 1996, seulement 4 % des Canadiens qui se sont déclarés Indiens d'Amérique du Nord, Métis ou Inuits étaient âgés de plus de 65 ans, alors que ce même groupe représentait 11 % de la population générale.

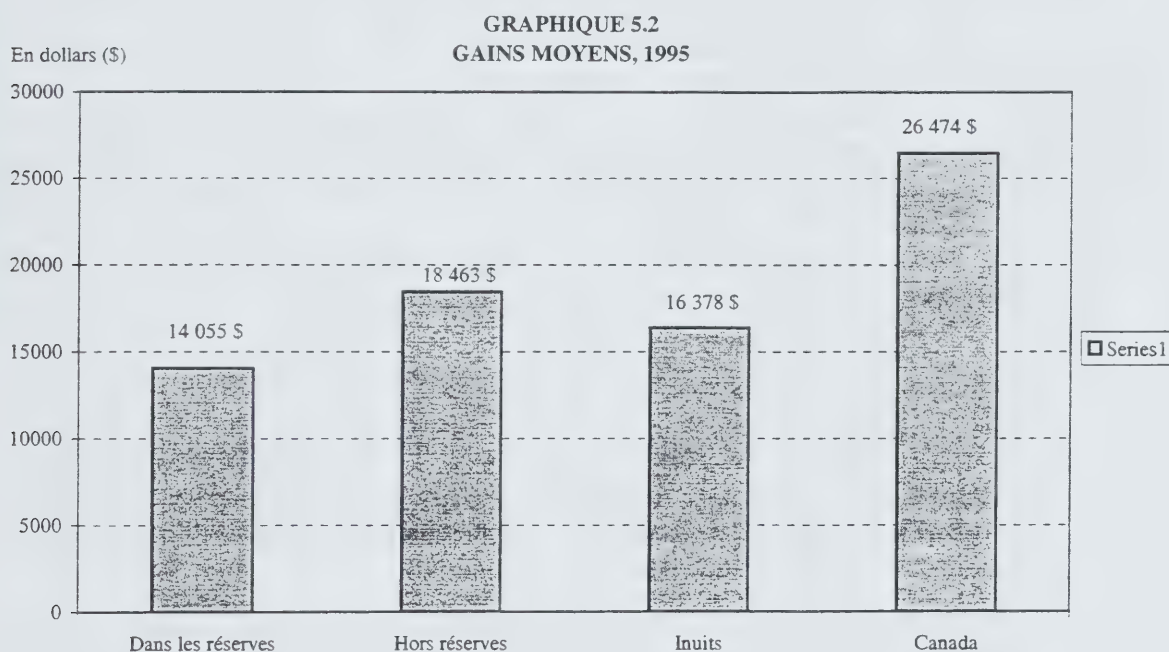
GRAPHIQUE 5.1
ESTIMATION DE LA POPULATION AUTOCHTONE, 2000



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada et Commission canadienne des affaires polaires, *Budget des dépenses 2000-2001, Partie III*, p. 4

5.2 Profil socio-économique et environnement physique¹⁰¹

Il y a des différences socio-économiques marquées entre les Autochtones et la population canadienne générale. Les peuples autochtones sont moins présents dans la population active et ils connaissent des taux de chômage plus élevés que la population générale. En 1997-1998, le taux de chômage dans les réserves était près du triple du taux national, et le taux d'assistés sociaux était quatre fois plus élevé que le taux au Canada en général. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) a signalé que le taux de chômage chez les Autochtones vivant en milieu urbain était deux fois plus élevé que dans la population urbaine non autochtone. En 1995, le revenu moyen tiré d'un emploi pour un Autochtone était de 17 382 \$, alors que la moyenne nationale était de 26 474 \$. Le revenu annuel moyen provenant de toutes les sources était, pour un Autochtone vivant en milieu urbain, inférieur de 33 % à celui d'un résident non autochtone.



Source : Santé Canada, *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, novembre 1999, p. 13.

Selon une étude publiée récemment, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens*, au moins 44 % de la population autochtone et 60 % des enfants autochtones de moins de six ans vivaient en 1994 sous le seuil considéré par Statistique Canada comme le seuil de faible

¹⁰¹ Les renseignements concernant la situation socio-économique et l'environnement physique sont tirés des trois publications citées ici, à moins d'avis contraire. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens*, 1999, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP); les données concernant les Autochtones du recensement de 1996, Statistique Canada; *Rapport final*, 1996, Commission royale sur les peuples autochtones; *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, novembre 1999, Santé Canada.

revenu¹⁰². La pauvreté est très répandue chez les Autochtones vivant en milieu urbain. Selon le recensement de 1991, plus de 60 % des ménages autochtones de Winnipeg, Regina et Saskatoon avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu. Pour les familles monoparentales dirigées par des femmes, le pourcentage était encore plus élevé.

Dans l'ensemble, le niveau de scolarité des Autochtones est inférieur à celui de la population canadienne générale. En 1996, 54 % des Autochtones de 15 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Pour la population non autochtone, le pourcentage est de 16 %. Une comparaison des données du recensement de 1981 avec celles de 1996 indique une amélioration à ce chapitre — la proportion d'Autochtones n'ayant pas terminé leurs études secondaires est tombée de 59 % à 45 %, une plus forte proportion d'Autochtones âgés de 20 à 29 ans étaient titulaires d'un diplôme de niveau collégial (23 % en 1996, 19 % en 1981) et la proportion de diplômés universitaires avait augmenté de 1 %, passant de 3 à 4 %. Il n'en demeure pas moins que ces chiffres sont inférieurs à ceux qui concernent la population canadienne générale.

Dans l'étude intitulée *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, on peut lire que « l'environnement physique est un facteur important de risques dans l'exposition à divers dangers, comme ceux que représentent les organismes infectieux, les contaminants chimiques et biologiques, le stress et les lésions traumatiques »¹⁰³. Le rapport signale les points suivants au sujet de l'environnement physique dans lequel vivent de nombreux Autochtones :

- Les Autochtones semblent être le sous-groupe le plus nombreux pour lequel les risques de devenir sans abri au Canada sont les plus élevés;
- Les logements surpeuplés sont plus fréquents chez les Autochtones que dans la population canadienne générale;
- Un grand nombre d'Autochtones (43 %) vivent dans des logements insalubres;
- Récemment, on a décelé un problème de moisissures dans les logements des Autochtones, mais on n'a pas encore évalué toute la portée et les conséquences que cela pourrait avoir pour la santé;
- Les Premières nations et les Inuits risquent davantage d'être exposés à des contaminants environnementaux étant donné leur alimentation traditionnelle à base de poisson et de mammifères marins;
- Dans certaines collectivités autochtones, l'accès à l'eau potable et à des égouts adéquats pose problème¹⁰⁴.

¹⁰² Le rapport signale également que ces chiffres sont probablement des sous-estimations, car quelque 44 000 personnes vivant dans les réserves ou sur les terres conférées par traité ont été recensées de façon incomplète lors du recensement de 1996.

¹⁰³ *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, novembre 1999, p. 16.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 17-19.

5.3 Profil de la santé de la population autochtone¹⁰⁵

L'état de santé des Autochtones par comparaison avec celle de la population canadienne présente des différences appréciables. Le rapport *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens* signale que les Autochtones sont en plus mauvaise santé que la population canadienne générale, comme en témoigne une moins grande espérance de vie et des taux plus élevés de mortalité infantile et de maladies chroniques. Beaucoup d'autres rapports ont signalé la même chose :

- Les Autochtones souffrent de maladies chroniques (hypertension, arthrite, diabète et troubles cardiaques) davantage que la population générale. Le diabète est l'une des principales causes de maladies et d'incapacité chez les Premières nations. Les données que nous possédons actuellement indiquent que le diabète est trois fois plus fréquent dans les collectivités autochtones que dans la population générale. Le tableau suivant est tiré du rapport *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic* et illustre l'ampleur du problème des maladies chroniques chez les Autochtones.

(...) l'espérance de vie des Premières nations est à peu près celle qu'elle était pour la moyenne des Canadiens en 1970. (...) Pour relativiser ces données, disons que l'espérance de vie des Premières nations est inférieure à celle des 25 pays ayant la plus longue espérance de vie. Le taux comparatif de mortalité est de 1,4 fois supérieur chez les hommes autochtones et de 1,9 fois supérieur chez les femmes autochtones. Le taux comparatif de mortalité pour les femmes est environ égal au taux de mortalité de 1958 pour l'ensemble des Canadiens. La mortalité infantile chez les Premières nations est encore le double de ce qu'elle est ailleurs. Chez les femmes des Premières nations, le taux de mortalité infantile est de 11,5, comparativement à une moyenne canadienne de 6. Encore une fois, ces taux sont semblables à ce qu'ils étaient au milieu des années 70 pour l'ensemble de la population canadienne.

Mme Judith Bartlett (16:58).

¹⁰⁵ Sources : Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les peuples autochtones et le VIH/sida, *Bilan et perspectives nouvelles*, mai 1999; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens*, 1999; Jill Lava et Michael Clark, *Diabetes Among Aboriginal (First Nations, Inuit and Métis) People in Canada : The Evidence*, 10 mars 2000; Rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits au Canada, 1999; Santé Canada, *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, novembre 1999; Assemblée des Premières nations, mémoire présenté au Comité, 30 mai 2002; Inuit Tapirisat du Canada, *Évaluation des modèles de prestation des soins de santé dans les régions inuites*, 2000; M. Gérald Morin, président, Rassemblement national des Métis, 30 mai 2001 (16:29-33).

TABLEAU 5.1
MALADIES CHRONIQUES

AFFECTION CHRONIQUE	SEXE	PRÉVALENCE RAJUSTÉE SELON L'ÂGE (%)		RATIO PN-I/ CANADIENS
		PREMIÈRES NATIONS ET INUITS DU LABRADOR (PN-I)	POPULATION CANADIENNE GÉNÉRALE	
Troubles cardiaques	Hommes	13	4	3,3
	Femmes	10	4	2,5
Hypertension	Hommes	22	8	2,8
	Femmes	25	10	2,5
Diabète	Hommes	11	3	3,7
	Femmes	16	3	5,3
Arthrite/Rhumatisme	Hommes	18	10	1,8
	Femmes	27	18	1,5

Source : Tableau tiré de l'étude *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, (1999), p. 8.

- Les hommes et les femmes des Premières nations vivant dans les réserves présentent environ trois fois plus de cas de troubles cardiaques et d'hypertension comparativement à l'ensemble de la population canadienne. (*Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, Rapport national 1999*).
- Entre 1991 et 1996, les taux comparatifs de cas de tuberculose étaient presque sept fois plus élevés chez les personnes des Premières nations vivant dans les réserves que dans l'ensemble de la population canadienne. Ils sont actuellement dix fois plus élevés que chez les Non-Autochtones nés au Canada (*La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*).
- Malgré les améliorations importantes apportées depuis les années 70, les taux de mortalité infantile dans les collectivités des Premières nations continuent d'être le double de ceux observés dans l'ensemble du Canada (*Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens*).
- Le taux de suicide chez les Autochtones de tous les groupes d'âge est trois fois plus élevé que le taux observé dans l'ensemble de la population canadienne (*La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*). Chez les adolescents autochtones, le taux de suicide est cinq ou six fois plus élevé que chez les adolescents de l'ensemble de la population canadienne. Les données tirées du rapport *Évaluation des modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuites* indiquent que le taux de suicide dans les régions inuites du Canada est environ six fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne.
- L'abus de l'alcool, des drogues et des vapeurs de solvant est courant dans de nombreuses collectivités des Premières nations et inuites.

- Le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme sur le fœtus sont beaucoup plus fréquents dans certaines collectivités autochtones que dans d'autres régions du Canada (*La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*).
- Le taux de décès dus à des lésions traumatiques et à des empoisonnements est 6,5 fois plus élevé chez les Premières nations et les Inuits que dans l'ensemble de la population canadienne (*La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*).
- Une étude de 1999 signale que le nombre annuel de cas de sida chez les Autochtones a beaucoup augmenté. En 1996-1997, il était passé à 10 % de la totalité des cas de sida (2 % en 1989)¹⁰⁶.
- L'usage du tabac est plus répandu chez les Autochtones. L'enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits signale que 62 % des adultes des Premières nations vivant dans les réserves et dans les localités inuites du Labrador sont des fumeurs; plus de 70 % des répondants âgés de 20 à 29 ans se sont déclarés fumeurs.
- L'obésité est un problème de santé important chez les Autochtones.
- Environ 75 % des femmes autochtones sont victimes de violence familiale et jusqu'à 40 % des enfants des localités du Nord ont été victimes de mauvais traitements par un membre de la famille (*La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*).
- En général, l'espérance de vie des Autochtones est inférieure de quelque six ans à celle de la population générale.
- Bon nombre d'Autochtones ont un accès limité à des services de soins de santé en raison de l'éloignement et de la petite taille de plusieurs collectivités autochtones. Soixante-quinze pour cent des collectivités comptent moins de 1 000 personnes et un grand nombre (44 %) sont situées dans des régions isolées, semi-isolées ou très éloignées du Canada¹⁰⁷.

5.4 Programmes fédéraux concernant la santé des Autochtones

Les soins de santé à l'intention des Autochtones du Canada sont dispensés par l'intermédiaire d'un ensemble complexe de programmes et de services fédéraux, provinciaux ou gérés par les Autochtones. En outre, le cadre de prestation de certains programmes fédéraux est en train d'évoluer au fur et à mesure que les collectivités, les gouvernements et les organisations autochtones prennent en main la prestation des programmes de soins de santé.

Les dispensateurs de services et leur clientèle varient suivant certains facteurs, notamment l'inscription en vertu de la *Loi sur les Indiens*, le lieu de résidence (dans les réserves ou

¹⁰⁶ *Bilan et perspectives nouvelles*, Rapport du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les Autochtones et le VIH/sida (mai 1999).

¹⁰⁷ Santé Canada, mémoire présenté au Comité, 30 mai 2001; Margaret Horn, mémoire de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits pour la santé communautaire, 30 mai 2001.

hors réserves), l'endroit où se trouve la localité (non isolée ou éloignée) et suivant que Santé Canada a signé un accord pour céder la prestation de certains services de santé à une collectivité ou à une organisation autochtone.

Lors de son témoignage, Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Santé Canada, a déclaré au Comité que les Indiens de plein droit (les Premières nations) assujettis à la *Loi sur les Indiens* relevaient de la compétence fédérale. L'offre de services de médecins et d'hôpitaux, toutefois, est une responsabilité provinciale ou territoriale. Les membres des Premières nations qui vivent dans les réserves ont droit à des services généraux de santé dispensés par la province et le territoire (hôpitaux, médecins soignants) et à d'autres services assurés couverts par les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Cependant, Santé Canada dispense les soins primaires et d'urgence dans les réserves situées dans des régions éloignées et isolées, là où les services provinciaux ne sont pas disponibles. En l'occurrence, le ministère gère quatre petits hôpitaux, 77 postes de soins infirmiers et 217 centres de santé.

Santé Canada offre également des services de prévention et de promotion de la santé à l'échelle communautaire et finance ces services pour les membres des Premières nations qui vivent dans les réserves. Quel que soit le lieu de résidence (dans les réserves ou hors réserves), les Premières nations ont droit à des services de santé non assurés (SSNA) financés par le gouvernement fédéral. Ces services comprennent les médicaments, l'équipement médical et les fournitures médicales, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport pour raison médicale, les primes d'assurance-santé provinciale et des services de psychothérapie en cas de crise¹⁰⁸.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la responsabilité de dispenser des services de santé aux Inuits, mais la prestation de ces services varie suivant le lieu de résidence. En 1988, le gouvernement fédéral a cédé la responsabilité de l'administration de la santé au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Avec la création du Nunavut, le gouvernement du Nunavut a pris en main la responsabilité de son territoire à cet égard. Le gouvernement fédéral fournit des fonds aux gouvernements territoriaux pour la prestation de programmes de santé aux Premières nations et aux Inuits, notamment des services de santé non assurés¹⁰⁹.

À la suite de la Convention de la Baie James et du Nord du Québec, le gouvernement fédéral a cédé au gouvernement de la province de Québec, et ensuite au Nunavik, la responsabilité des services de santé pour les Inuits du Nord du Québec. Le ministère régional de la Santé et des Services sociaux du Nunavik gère les programmes fédéraux et provinciaux dans cette région¹¹⁰.

Au Labrador, la province dispense des services de santé à tous les résidents et le gouvernement fédéral finance la Commission sanitaire des Inuits du Labrador grâce à un accord et à des ententes de contribution pour des projets précis et pour une gamme de programmes fédéraux, notamment les services de santé non assurés¹¹¹.

Les Métis et les Indiens de fait ne bénéficient pas des programmes fédéraux de santé. Ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui leur fournissent des services médicaux au

¹⁰⁸ Organisation nationale sur la santé des Autochtones, mémoire présenté au Comité, 30 mai 2001, p. 1.

¹⁰⁹ Inuit Tapirisat du Canada, *Évaluation des modèles de prestation des soins de santé dans les régions inuites*, 2000, p. 10.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 9-10.

¹¹¹ *Ibid.*

même titre qu'aux autres Canadiens. Les Métis et les Indiens de fait ne sont pas régis par les dispositions de la *Loi sur les Indiens* et n'ont pas droit non plus aux services de santé non assurés financés par le gouvernement fédéral.

En ce qui concerne les services de santé fédéraux à l'intention des Premières nations et des Inuits, c'est la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) (autrefois la Direction générale des services médicaux), à Santé Canada, qui en a la charge. Les responsabilités générales de la DGSPNI comprennent :

- La prestation de programmes de prévention et de promotion de la santé à l'échelle communautaire aux Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits (y compris les services d'hygiène publique, de promotion et d'éducation en matière de santé, de même que l'élaboration de stratégies pour répondre à des problèmes de santé particuliers comme l'alcoolisme et la toxicomanie);
- La prestation de services de santé non assurés (SSNA) aux Premières nations et aux Inuits, quel que soit leur lieu de résidence au Canada;
- La prestation de soins primaires et de services d'urgence à près de 200 localités isolées ou semi-isolées où les services provinciaux ne sont pas disponibles;
- Des services d'hygiène publique dans plus de 400 localités;
- Le financement des services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie par l'intermédiaire de centres de traitement dotés de professionnels de la santé.

Les dépenses globales du Programme de santé des Premières nations et des Inuits pour 2000-2001 étaient estimées à 1,3 milliard de dollars. Environ 53 %, c'est-à-dire 677,6 millions de dollars, ont été consacrés aux services de santé communautaires, 45 % ou 578 millions de dollars aux services de santé non assurés et 2 % ou 23,5 millions de dollars aux hôpitaux.

Lors de son témoignage, M. Potter a souligné les nombreux défis que pose l'administration des programmes de santé à l'intention des Premières nations et des Inuits. Il a cité notamment : une augmentation de la clientèle, une pénurie de médecins et d'infirmières; la nécessité d'offrir des services dans des localités éloignées et isolées; la difficulté d'attirer et de garder des médecins et des infirmières dans ces localités isolées; la difficulté d'accès à des services spécialisés; l'augmentation considérable du coût des médicaments, de la technologie médicale et du transport; et l'augmentation du taux des maladies chroniques qui exigent des soins de longue durée et des pharmacothérapies.¹¹²

Autres défis de taille : une amélioration des conditions sociales et économiques, l'éradication de la pauvreté, des logements salubres et le relèvement du niveau de scolarité, qui sont d'importants facteurs influant sur la santé, de même qu'une meilleure coordination avec les autorités provinciales¹¹³.

Outre Santé Canada, 11 autres ministères fédéraux offrent des programmes aux Autochtones. En 2001-2002, les dépenses totales de ces programmes s'élèveront à 7,3 milliards de dollars. La vaste majorité de ces fonds (70 %) est imputée au budget d'Affaires indiennes et du Nord

¹¹² Ian Potter (16:8-9).

¹¹³ *Ibid.*

Canada AINC), 19 % à celui de Santé Canada (1,3 milliard de dollars), 4 % à celui de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et 3 % à celui de Développement des ressources humaines Canada (DRHC). Quant aux autres ministères, ils se partagent les 3 % restants.

Affaires indiennes et du Nord Canada a pour mandat l'administration des programmes d'aide sociale, le financement des établissements d'enseignement primaires, secondaires et postsecondaires, le logement dans les réserves, les services à la famille et à l'enfance et les services dans les réserves mêmes, comme les services de soins à domicile. Le Ministère finance également des projets d'infrastructure pour les communautés autochtones. Il s'agit de services d'aqueducs et d'égouts, d'assainissement du milieu, de construction de routes et de ponts, de protection contre les incendies, d'électrification, d'installations scolaires ou autres dans la collectivité.

D'autres ministères fédéraux s'occupent également de financer certaines entreprises autochtones et des initiatives d'insertion dans la population active.

5.5 Politique fédérale en matière de santé des Autochtones

Il faut garder à l'esprit les rapports traditionnels entre le gouvernement fédéral et les Peuples autochtones du Canada pour expliquer le contexte de la politique et des initiatives fédérales en ce qui concerne la santé des Autochtones. Le tableau 5.2 décrit l'évolution de ces rapports. Dans son mémoire présenté au Comité, l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) explique :

La politique du gouvernement fédéral quant à ses liens avec les groupes autochtones a subi une évolution considérable au cours des dix dernières années. Il y a à peine 15 ans, les ressources fédérales consacrées à la santé et aux programmes sociaux à l'intention des Autochtones étaient versées presque exclusivement aux collectivités des Premières nations et inuites; les groupes vivant hors des réserves ne bénéficiaient que d'un nombre limité de programmes fédéraux (par exemple, les programmes de logements à l'extérieur des réserves et la Stratégie canadienne de développement économique des Autochtones) et de fait, ces groupes étaient pour ainsi dire invisibles pour le public canadien. Aujourd'hui, les Premières nations et les Inuits sont toujours le pivot de la politique fédérale, mais de nombreuses initiatives visant tous les Autochtones profitent également aux Indiens de fait, à ceux qui vivent hors des réserves et aux Métis¹¹⁴.

¹¹⁴ Organisation nationale de la santé autochtone, mémoire présenté au Comité, 30 mai 2001, p. 4-5.

TABLEAU 5.2
ÉVÈNEMENTS MARQUANTS DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE
SANTÉ :
LIENS ENTRE LES PEUPLES AUTOCHTONES ET LE
GOVERNEMENT FÉDÉRAL

ANNÉE	ÉVÈNEMENT	DESCRIPTION
1867	Loi constitutionnelle de 1867	Donne au gouvernement fédéral compétence en ce qui concerne les « Indiens et terres réservées aux Indiens ».
1876	Loi sur les Indiens	Promulgation de la Loi fédérale sur les Indiens.
1939	Arrêt de la Cour suprême du Canada	Reconnaît que le terme « Indien » figurant dans la Constitution englobe Inuit.
1945	Modification des services de santé	Transfert de la responsabilité en matière de services de santé pour les Indiens du ministère des Affaires indiennes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
1962	Création de la Direction générale des services médicaux (désormais Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits)	La Direction générale des services médicaux est créée au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour intégrer la santé des Indiens et des peuples du Nord.
1979	Politique en matière de santé des Indiens	Objectif : « rehausser le niveau des services de santé dans les collectivités indiennes, services offerts et gérés par les collectivités indiennes elles-mêmes ». Les améliorations en matière de santé de la population indienne reposent sur trois axes : 1. le développement communautaire, 2. les liens traditionnels entre la population indienne et le gouvernement fédéral, 3. le système canadien de soins de santé intégrant les secteurs fédéral, provincial, municipal, indien et privé.
1980	Rapport Berger	Recommande des méthodes de consultation garantissant une participation substantielle des Premières nations et des Inuits dans la conception, la gestion et le contrôle des services de soins de santé dans leurs collectivités.
1982	Loi constitutionnelle de 1982	Reconnaissance des Premières nations, des Inuits et des Métis, et enchâssement dans la Constitution canadienne des droits autochtones existants et des droits issus de traités.

1988	Approbation de la politique de transfert du contrôle	Le conseil des ministres fédéral approuve le cadre de la politique de transfert du contrôle des services de santé, cédant aux Indiens le contrôle des ressources affectées aux programmes de soins de santé des Indiens vivant au sud du 60° parallèle.
Années 90	Cour suprême du Canada	Divers arrêts de la Cour suprême du Canada concernant la responsabilité fiduciaire du gouvernement à l'égard des Autochtones.
1995	Politique d'autonomie gouvernementale	Le gouvernement du Canada reconnaît que le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale est un droit prévu à l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982. La santé est l'un des éléments pouvant faire partie des négociations en vue de l'autonomie gouvernementale.
1996	Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA)	Le rapport fait certaines recommandations concernant la santé des Autochtones. Le système de soins de santé et de guérison des Autochtones devrait comporter les caractéristiques suivantes : égalité d'accès aux services de santé et de guérison et égalité de droits en matière de santé; approches holistiques face aux problèmes, à leur prévention et à leur résolution; cession aux Autochtones des pouvoirs en matière de santé, et, où c'est réalisable, contrôle communautaire des services; diversité dans la conception des systèmes et des services pour tenir compte des différences culturelles et des réalités communautaires.
1998	<i>Rassembler nos forces : Le plan d'action du Canada pour les questions autochtones</i> : Réponse du gouvernement fédéral au rapport de la CRPA	Le rapport <i>Rassembler nos forces</i> met l'accent sur : un renouvellement des partenariats avec les peuples autochtones; la consolidation de la gouvernance autochtone; le développement de nouveaux liens en matière fiscale; l'appui aux collectivités, aux peuples et aux économies.

On a signalé au Comité que la politique fédérale en matière de santé des Autochtones témoignait d'une continuité qui illustre la progression du système de soins de santé canadien et l'évolution des liens entre le gouvernement fédéral et les Autochtones. Pendant la première partie du XX^e siècle, l'intervention fédérale en matière de santé des Autochtones était axée sur les soins médicaux plutôt que sur l'intégralité des services offerts aux Premières nations et aux Inuits. Cela s'est traduit par la gestion de postes de soins infirmiers, de centres de santé et d'hôpitaux. Avec l'avènement de l'assurance-maladie universelle, Santé Canada a continué d'offrir des services de santé primaires dans les régions éloignées et isolées, mais dès lors on a mis l'accent sur les mesures préventives et d'hygiène publique plutôt que sur la prestation de soins directs. Toutefois, pour

l'essentiel, les initiatives fédérales en matière de santé se limitent aux Premières nations et aux Inuits. Les Métis et les Indiens de fait n'ont droit qu'à un nombre limité de programmes fédéraux¹¹⁵.

En 1979, la politique fédérale de santé pour les Indiens établissait le cadre général par lequel le gouvernement fédéral veillait à la prestation et au paiement de services de santé à l'intention des Premières nations et des Inuits. L'objectif de la politique est de « rehausser le niveau des services de santé dans les collectivités indiennes, services offerts et gérés par les collectivités indiennes elles-mêmes ». La politique prévoyait que ces améliorations seraient fondées sur trois axes :

1. le développement communautaire (socio-économique et culturel/spirituel) afin de remédier aux conditions limitant le bien-être;
2. les liens traditionnels entre la population indienne et le gouvernement fédéral;
3. le système canadien de soins de santé, intégrant les secteurs fédéral, provincial, municipal, indien et privé.

Une autre caractéristique importante de la politique était la reconnaissance que des collectivités des Premières nations et inuites pouvaient assumer l'administration de leurs propres programmes de santé communautaire. Pour atteindre cet objectif, au milieu des années 80, le gouvernement fédéral a procédé à l'introduction du transfert de contrôle des services de santé aux collectivités et aux organisations des Premières nations et des Inuits.

Le tableau 5.3 montre la situation des transferts de contrôle au 31 mars 2000 et les projections jusqu'en 2005. Au total, 599 collectivités des Premières nations et inuites sont admissibles. À la fin de l'exercice financier 1999-2000, 276 (46 %) collectivités avaient signé l'Accord de transfert de contrôle des services de santé.

¹¹⁵ ONSA, mémoire présenté au Comité, 30 mai 2001, p. 5. En l'occurrence, l'Initiative autochtone pour le diabète, la Fondation autochtone de guérison, l'Organisation nationale de la santé autochtone, Bon départ autochtone.

TABLEAU 5.3
TRANSFERTS DU CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ

TRANSFERTS SELON LA RÉGION OU LA COLLECTIVITÉ					
Région	Ensemble des collectivités admissibles	Transferts effectués au 31 mars 2000		Transferts prévus d'ici le 31 mars 2005	
	Nombre	Nombre	% du total	Nombre	% du total
Atlantique	40	20	50	36	90
Québec	28	23	82	28	100
Ontario	124	38	31	57	46
Manitoba	62	33	53	52	84
Saskatchewan	83	60	72	68	82
Alberta	58	4	7	10	17
Pacifique	204	98	49	109	53
TOTAL	599	276	46	360	60

Source : Santé Canada, *Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits, Rapport annuel, 1999-2000* (http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/annual_e.htm#T3).

5.6 Entraves à la santé et au bien-être des Autochtones

Au cours des délibérations du Comité, des témoins ont expliqué certaines difficultés structurelles et de compétence concernant les services de santé aux Autochtones, qui entravent en partie ou en totalité l'accès à des services de santé appropriés.

La participation de chaque province aux programmes de santé pour les Autochtones varie.

D^{re} Judith Bartlett, Organisation nationale de la santé autochtone (16:59).

Les conflits de compétence touchant la prestation de services de santé aux peuples autochtones sont de deux ordres. Le premier vient du partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Ces derniers offrent à tous les résidents de leur territoire, y compris aux Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits, le même accès aux services de soins de santé en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, mais ils affirment que le gouvernement fédéral a la responsabilité de certains services de santé quand il s'agit d'Autochtones qui sont des Indiens de plein droit en vertu de la *Loi sur les Indiens* (Indiens inscrits). Par conséquent, les témoins ont signalé que des services de santé qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé* mais qui sont néanmoins offerts par les provinces peuvent, selon le cas, être dispensés aux Premières nations et aux Inuits¹¹⁶.

Le partage des compétences et la fragmentation des différents services offerts et des différents prestataires et responsables provoque une confusion quant aux services auxquels les peuples autochtones ont droit. Ce sont non seulement les prestataires qui en souffrent, mais également les intervenants et les gestionnaires communautaires.

Michelle Audette, Femmes autochtones du Québec (16:38).

¹¹⁶ *Ibid.* p. 7-8.

Parmi les autres conséquences découlant de l'existence de deux compétences dans la prestation de services de santé, on note la fragmentation des programmes, certaines difficultés dans la coordination des programmes et dans les mécanismes de rapport, des incohérences, des lacunes, d'éventuels chevauchements de programmes, un manque d'intégration, l'incapacité de rationaliser les services et l'incapacité à présenter une approche holistique en matière de santé et de bien-être.

Le deuxième conflit de compétence tient aux divisions entre peuples autochtones qui découlent de la *Loi sur les Indiens*. Parce que les Métis et les Indiens de fait ne sont pas régis par la Loi, la plupart des programmes fédéraux leur sont inaccessibles. L'ONSA et le Ralliement national des Métis ont souligné, dans leur comparution devant le Comité, que cette exclusion signifie que les Métis et les Indiens de fait n'ont pas à qui s'adresser. Par exemple, Mme Judith Bartlett a fait remarquer ce qui suit :

*Il n'y a pas de soins primaires visant en particulier les Métis et les Indiens non inscrits. [...] Les Métis et les Indiens ne relèvent de personne. En fait, ils sont exclus de l'application des diverses lois, ce qui a une incidence sur leur droit à des programmes*¹¹⁷.

Gérald Morin, président du Ralliement national des Métis, abonde dans le même sens. Il a déclaré au Comité :

*Les querelles de compétence fédérale-provinciale, les obstacles culturels et l'isolement géographique [...] réduisent notre accès au système de soins de santé. Les collectivités métisses se heurtent à bon nombre des mêmes problèmes que ceux que connaissent les autres collectivités autochtones, à la différence que le gouvernement fédéral ne prête pas vraiment beaucoup d'attention aux questions de santé qui les concernent. Le problème fondamental qui se pose est que Santé Canada n'est pas prêt à traiter équitablement les Métis et à les considérer comme l'un des peuples autochtones du Canada*¹¹⁸.

Les témoins entendus par le Comité ont souligné les restrictions que comporte la politique fédérale de transfert du contrôle des services de santé au sud du 60^e parallèle aux Premières nations et aux collectivités et organisations inuites. Ils ont fait remarqué que les SSNA, programme qui absorbe près de la moitié des fonds versés par Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits, n'ont pas été intégrés au processus de transfert¹¹⁹. En outre, l'ONSA a fait remarquer que la politique de Santé Canada concernant le transfert de contrôle aux organisations autochtones ne comporte pas de cadre « propice à l'intégration des services fédéraux et provinciaux »¹²⁰. Là encore, cela crée des obstacles à la rationalisation du programme et à l'élaboration d'une approche globale en matière de santé des Autochtones.

Les témoins ont également fait observer que des obstacles structurels, l'isolement géographique et la taille des collectivités dans les régions rurales et éloignées ont une incidence sur l'accès aux soins de santé et sur l'intégralité des services disponibles. De plus, il existe d'autres

¹¹⁷ D^{re} Judith Bartlett (16:58-59).

¹¹⁸ M. Gérald Morin (16:31).

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹²⁰ ONSA, mémoire présenté au Comité, p. 9.

obstacles : les professionnels de la santé ne restent en fonction que pendant de courtes périodes, les médecins itinérants se succèdent, la langue de communication est différente et il n'y a pas d'intégration entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Les témoins ont souligné que ces obstacles structurels ne sont pas propres aux régions rurales et éloignées – en milieu urbain, il existe également des obstacles de cet ordre qui viennent se greffer à la pauvreté et aux difficultés que posent des soins inadaptés à la culture spécifique¹²¹.

Ron Wakegijig, un guérisseur du centre de santé Wikwemikong, a fait remarquer que les politiques nationales élaborées à l'intention de l'ensemble des Autochtones ne tiennent pas adéquatement compte des particularités régionales, car elles ne font pas de distinction entre les préoccupations et les exigences des Autochtones vivant dans des régions éloignées, isolées ou semi-isolées et celles des Autochtones vivant en milieu urbain¹²².

Un bon nombre de témoins ont signalé que les Autochtones ne sont pas un groupe homogène. Les témoins de la collectivité inuite ont réclamé que leur spécificité soit reconnue dans la prestation des programmes et les recherches en santé. La représentante de l'Association des femmes inuites de Pauktuutit a souligné qu'il est important que les Inuits participent à l'élaboration des programmes et des politiques de santé qui les concernent. Elle a fait remarquer que trop souvent les expressions « santé des Autochtones » et « santé des Premières nations » deviennent synonymes. Il en résulte que les programmes ne sont pas conçus en tenant compte de la participation et des besoins des Inuits.

L'expression « santé des Autochtones » est souvent à tort employée comme synonyme de « santé des Premières nations ». Ce malentendu existe parce qu'on ne conçoit pas clairement qu'il y a trois cultures distinctes chez les peuples autochtones du Canada. Pour les Inuits, les conséquences sont les plus lourdes dans le domaine des programmes en matière de santé. Le pivot de la programmation en matière de santé autochtone continue d'être les Premières nations, et trop souvent lors de sa conception, on néglige de consulter adéquatement les Inuits et l'on tient rarement compte des besoins culturels et linguistiques propres aux Inuits. En outre, cette programmation ne reflète pas les réalités de la prestation de services dans les localités isolées/éloignées et elle ne tient pas compte des différentes infrastructures dans les collectivités des Premières nations et dans celles des Inuits. Très souvent, on impose aux Inuits des programmes conçus pour les Premières nations alors que, en fait, une programmation autre, visant spécifiquement les Inuits, répondrait mieux aux besoins de la collectivité¹²³.

À propos de la santé des Autochtones, les témoins ont souligné que les notions traditionnelles de santé et de bien-être dans toutes les collectivités autochtones sont holistiques, à facettes multiples et axées sur la collectivité :

¹²¹ *Ibid.*, p. 7.

¹²² Ron Wakegijig, mémoire présenté au Comité, 30 mai 2001, p. 9.

¹²³ Association des femmes inuites de Pauktuutit, exposé devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 mai 2001, p. 2.

Chez les Premières nations, le concept de bien-être englobe les quatre aspects de l'existence humaine. Certaines Premières nations appellent ce concept « cercle d'influences ». On estime que le bien-être et l'état de santé optimale sont liés non seulement aux aspects physiques de la santé, mais aussi aux besoins émotifs, fondamentaux et spirituels de la personne. Il en découle que les Premières nations ont une vue d'ensemble de la santé contrairement au modèle biomédical.

Le cercle d'influences reflète le fait que les Premières nations ne voient pas la personne comme un corps seulement. Pour qu'une personne soit en santé ou atteigne l'état de bien-être, il doit exister un équilibre dans les quatre aspects de sa vie. Toute l'attention voulue doit être portée à ces quatre aspects de la personne. Il faut qu'une personne ne soit pas qu'équilibrée mais qu'elle vive aussi en harmonie avec sa collectivité. L'harmonie doit se refléter à tous les niveaux et dans tous les aspects de la vie. La prévention de la maladie et la promotion de la santé et des modes de vie sains passent par la création de collectivités et de gouvernements en santé¹²⁴.

Les Autochtones définissent la santé et le bien-être suivant un modèle d'équilibre, d'harmonie, d'intégralité et de spiritualité plutôt que suivant les notions occidentales de dysfonction physique et de morbidité chez l'individu. Le bien-être autochtone passe par des solutions qui ne seront efficaces qu'à moins que tous les facteurs influant sur un problème ne soient pris en compte. Les témoins ont fait remarquer que la politique fédérale en matière de santé des Autochtones doit être élaborée davantage suivant une approche axée sur la prévention, l'hygiène publique et l'intégralité, et qu'elle doit être assortie d'une programmation faisant place à la promotion de la santé et aux services communautaires. Par exemple, l'Assemblée des Premières nations a fait observer ceci :

La pauvreté, le mauvais état de santé, l'échec scolaire, la violence familiale et d'autres problèmes sont des difficultés qui se nourrissent l'une l'autre. Pour briser ce cercle vicieux, il faut chercher des solutions à tous les déterminants, dans une stratégie coordonnée, et non pas des solutions ponctuelles¹²⁵.

Les témoins ont déclaré que le gros de la recherche actuelle porte sur les Premières nations. Mme Judith Bartlett a signalé que les données de recherche sur les Métis et les Inuits sont maigres. Le président du Ralliement national des Métis a confirmé ce manque de recherches, de données et de renseignements concernant l'état de santé et la situation démographique des Métis. Inuit Tapirisat du Canada a confirmé qu'un des grands défis était ce manque de renseignements concernant précisément la santé des Inuits. L'Association des femmes inuites de Pauktuutit du Canada a exprimé la même préoccupation et a fait remarquer que le recours à des renseignements extraits d'un corpus plus vaste pour les appliquer à d'autres peuples autochtones n'était pas satisfaisant.

¹²⁴ Elaine Johnston (16:26).

¹²⁵ Assemblée des Premières nations, mémoire présenté au Comité, 30 mai, p. 5.

Cerner les nouveaux enjeux de santé en ce qui concerne les Inuits est souvent compliqué par le manque de données « fermes » et par le fait qu'on hésite à utiliser des indicateurs anecdotiques novateurs dans la méthode de recherche. Les données concernant précisément les Inuits, quand elles existent, sont fragmentées et souvent extrapolées à partir de corpus plus vastes concernant les Autochtones qui vivent essentiellement dans le Sud du Canada. Pour que les Inuits puissent faire une planification utile et établir un ordre prioritaire en matière de santé, pour qu'ils puissent repérer l'évolution des tendances d'une maladie, les données doivent être recueillies par les Inuits, en ce qui les concerne et pour eux. Un exemple révélateur est celui des données de contrôle du VIH/sida. Les statistiques concernant les Inuits à cet égard sont des extrapolations de données recueillies dans deux provinces, l'Alberta et la Colombie-Britannique, essentiellement dans de grands centres urbains. Par conséquent, on constate qu'on accorde une attention extrême et une partie disproportionnée des fonds destinés aux programmes de prévention pour venir en aide aux toxicomanes « autochtones » utilisant des seringues, qui ont peu sinon rien à voir avec les Inuits de l'Arctique¹²⁶.

Les témoins ont également signalé l'importance d'une recherche en matière de santé des Autochtones qui soit dirigée et contrôlée par des Autochtones. M. Jeff Reading, d Institute for Aboriginal Health (IRSC), a déclaré au Comité :

Entreprendre des recherches peut constituer un déterminant de la santé en soi. C'est un déterminant de la santé parce qu'il permet aux gens de maîtriser les facteurs qui touchent leur vie. Pendant longtemps, ce sont des gens de l'extérieur qui ont assumé le contrôle dans les localités autochtones. Avec cette étude, les Autochtones avaient l'occasion de prendre le contrôle et d'interpréter des données sur eux-mêmes.

Quand les gens participent à la création et à la compréhension de connaissances sur eux-mêmes, ils assument leurs propres problèmes de santé et, ce faisant, participent activement à la recherche de solutions. La recherche est la première étape vers l'autodétermination et l'amélioration de la santé¹²⁷.

5.7 Commentaires du Comité

Le Comité reconnaît qu'il existe de nombreux rapports contenant autant de suggestions en vue d'améliorer la situation des Autochtones. À plusieurs reprises, ce groupe de 1,3 million de Canadiens a été qualifié par des organismes internationaux, nationaux ou régionaux comme le plus indigent du pays. Malgré l'ampleur des efforts entrepris, l'état de santé des Canadiens autochtones et leurs conditions socio-économiques demeurent déplorables.

Le Comité a entendu la description des diverses stratégies fédérales coordonnées par Santé Canada et des multiples programmes gérés par Affaires indiennes et du Nord Canada. Malgré

¹²⁶ *Ibid.*, p. 8.

¹²⁷ D^r Jeff Reading (16:61-62).

tout, il y a encore beaucoup à faire si nous voulons aplanir les disparités sur le plan de la santé et l'écart socio-économique qui existe entre les Autochtones et le reste de la population. Vu la vaste gamme de programmes gérés actuellement par le gouvernement fédéral et vu les responsabilités constitutionnelles précises qui lui incombent, le Comité estime qu'il faut que le gouvernement élabore des stratégies de santé visant précisément les Canadiens autochtones. Ces stratégies doivent porter sur les conditions économiques, l'hygiène de l'environnement, par exemple la qualité de l'eau potable, des soins de santé de haute qualité et tenant compte des différences culturelles, des choix de mode de vie sains, etc. Il est également important, comme l'ont suggéré Ron Wakegijig et d'autres, d'envisager des façons d'intégrer les méthodes de guérison traditionnelles des Autochtones dans les soins de santé de la tradition canadienne.

Les conflits de compétences ne doivent pas être un prétexte pour faire traîner les choses en longueur dans ce domaine. Le Comité pense que l'on peut aplanir ce genre d'obstacles à brève échéance et que tous les ordres de gouvernement – fédéral, provincial, territorial, municipal, la bande et le groupe – doivent élaborer un plan intégral pour répondre aux besoins de tous les Autochtones du Canada. Le ministre fédéral de la Santé doit assumer un rôle de chef de file dans la coordination d'un tel plan.

La population autochtone est jeune et elle croît. Il est impératif que les programmes élaborés soient durables à long terme. La collectivité autochtone est également diversifiée. Ces programmes doivent faire place aux différences culturelles et aux réalités communautaires.

Le Comité pense que toute recherche en matière de santé des Autochtones peut apporter des renseignements utiles qui aboutiront à de meilleurs services et résultats en matière de santé. Le Comité se félicite de la création du nouvel Institute for Aboriginal Health aux IRSC et pense qu'il est essentiel de lui verser des fonds suffisants.

CHAPITRE SIX

RESSOURCES HUMAINES

Le système de santé canadien fait appel à une main-d'œuvre nombreuse. Environ un employé sur dix travaille dans le secteur de la santé. Beaucoup d'autres personnes viennent en aide à des amis et à des membres de leur famille. Par conséquent, notre système repose sur un effectif régulier de soignants d'expérience, bien formés et bien répartis et d'aidants bénévoles engagés. (Les questions relatives aux aidants bénévoles et naturels sont étudiées plus en détail au chapitre 9.)

Un ensemble hétérogène et complexe de soignants, faisant partie de plus de 30 groupes professionnels régis à l'échelle provinciale, dispensent des soins aux Canadiens. Le nombre total de soignants agréés pour 100 000 habitants et sa variation en pourcentage sur dix ans sont présentés au tableau 6.1.

TABLEAU 6.1
SOIGNANTS RÉGLEMENTÉS AU CANADA
(Nombre pour 100 000 Canadiens et variation en pourcentage)

	1989	1998	Changement
Infirmières autorisées	809	750	-7.2
Infirmières auxiliaires agréées	301	250	-17.0
Médecins	187	185	-0.5
Pharmaciens	67	76	13
Dentistes	52	54	4
Physiothérapeutes	37	49	32
Psychologues	32	40	25
Hygiénistes dentaires	29	46	59
Chiropraticiens	12	16	33
Optométristes	11	11	0

Source : ICIS, *Soins de santé au Canada*, 2001.

Les soins infirmiers constituent la plus importante profession sanitaire. En 1998, il y avait 7 % de moins d'infirmières autorisées et 17 % de moins d'infirmières auxiliaires qu'en 1989. Les médecins forment le troisième groupe de soignants réglementés en importance. Le nombre de médecins par habitant en 1998 est resté à peu près inchangé par rapport à dix ans auparavant, affichant une légère baisse d'environ 0,5 %. Les autres catégories de soignants (sauf les optométristes) ont élargi substantiellement leur effectif au cours de la même période. Bien qu'il soit impossible d'avancer un chiffre précis, une armée d'aidants naturels (bénévoles) dispensent une

forme de soins à une personne de leur foyer souffrant d'une maladie physique ou mentale à long terme ou qui est fragile ou handicapée. L'information de l'ICIS (2001) révèle que le nombre d'aidants naturels a augmenté au cours de la dernière décennie.

Il n'est pas facile d'établir le nombre de personnes dont chaque secteur a besoin actuellement et les besoins futurs sont encore plus difficiles à déterminer. Néanmoins, il est réaliste de parler de « crise » de la santé en ce qui concerne les ressources humaines. C'est particulièrement le cas des infirmières autorisées au Canada. Mais la pénurie frappe d'autres fournisseurs de soins, allant des techniciens de laboratoire aux pharmaciens.

Il est plus difficile d'évaluer la situation dans son ensemble en ce qui concerne les médecins, mais il existe néanmoins un problème de répartition géographique qui perdure, et les régions ont beaucoup de difficulté à recruter et à retenir autant les omnipraticiens que les spécialistes (la répartition géographique des médecins est examinée en détail au chapitre 10). Certaines spécialités souffrent particulièrement de pénuries.

Sans un effectif adéquat de soignants, les soins ne sont tout simplement pas suffisants pour le niveau de service auquel les Canadiens sont en droit de s'attendre. Les questions de disponibilité, de fidélisation et de gestion des effectifs sont complexes, vastes et recourent souvent d'autres domaines, mais leur importance est tout à fait primordiale pour assurer la pérennité du système de santé canadien.

D'autres questions, comme le mode et le niveau de rémunération des soignants, se situent en grande partie hors des responsabilités fédérales. Il subsiste néanmoins d'autres domaines de préoccupation - mobilité interprovinciale, immigration, financement de la recherche et régime fiscal - où les politiques fédérales jouent un rôle de premier plan. Compte tenu de l'interaction entre tous ces facteurs, il importe de considérer globalement les questions d'effectifs, de sorte que l'effet des politiques fédérales éventuelles puisse être bien compris et évalué.

6.1 Médecins

6.1.1 Effectif des médecins

La gravité de la pénurie de médecins ne fait pas l'unanimité. Les données récentes de l'ICIS indiquent une augmentation du nombre de médecins au Canada depuis 5 ans, de 54 918 en 1996 à 57 803 en 2000.¹²⁸ Toutefois, malgré l'augmentation de 7,4 % du nombre de spécialistes, le nombre de médecins de famille n'a augmenté que de 3,2 %. Comme la population du Canada s'est accrue de 3,5 % durant cette période, le nombre de médecins de famille par habitant a diminué légèrement (de 95 pour 100 000 habitants en 1996 à 94 en 2000).

Plusieurs témoins ont souligné l'importance de regarder au-delà des nombres. Ainsi, au lieu de l'augmentation du nombre total de spécialistes, les témoins ont indiqué au Comité que certaines spécialités souffraient de pénuries. Par exemple, le Dr William Dalziel de l'Université

¹²⁸ ICIS, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, Rapport 2000, Sommaire*, 9 août 2001 (disponible à l'adresse <http://www.cihi.ca>).

d'Ottawa estime qu'il y a un déficit important de gériatres et le D^r John Radomsky, de l'Association des radiologistes, a précisé qu'il manquait au Canada environ 200 radiologistes et que :

*Nous ne disposons tout simplement pas de l'effectif nécessaire pour fournir les services. Dans mon propre secteur, nous avons dû réduire les services... dans deux établissements de petite taille faute d'un personnel suffisant pour assurer les services sur place. Les patients doivent se déplacer. Ils subissent des inconvénients. Dans de nombreux cas, ils négligeront simplement de le faire.*¹²⁹

Des témoins ont indiqué au Comité que les médecins étaient déjà débordés par la charge de travail. Le D^r Peter Barrett, président de l'Association médicale canadienne (AMC), a souligné que « les médecins canadiens travaillent en moyenne 53 heures par semaine, auxquelles s'ajoutent 25 heures de garde ». ¹³⁰ Le plus inquiétant, c'est que pour environ 2 000 médecins, il n'y a pas de garde partagée. « Ils sont de garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept, souvent sans répit pendant des années ». ¹³¹

De plus, le vieillissement de l'effectif médical signifie que de nombreux médecins ne veulent plus ou ne peuvent plus faire des heures supplémentaires, qui sont devenues la norme. Le D^r Barrett précise que la moyenne d'âge des médecins est passée de 46,4 à 47,5 ans entre 1996 et 2000 et ajoute qu'« en 2024, 40 % des médecins en activité auront plus de 55 ans ». ¹³²

En même temps, les femmes ont fait de grands pas pour changer le profil de la profession. Depuis le milieu des années 90, les femmes représentent la moitié des étudiants en médecine au pays, ¹³³ et le pourcentage des femmes médecins qui pratiquent est passé de 25 % à plus de 29 % entre 1993 et 2000. Le groupe de travail sur l'effectif médical du Forum médical canadien prédit que, d'ici 2015, les femmes constitueront 40 % de l'effectif des médecins. Toutefois, d'après les données, les femmes médecins travaillent moins d'heures que leurs homologues masculins, soit en moyenne 48,2 heures contre 55,5 heures par semaine. ¹³⁴ Comme le fait remarquer le D^r Barrett :

Traditionnellement, elles ont tendance à s'occuper davantage des autres et à rechercher une vie plus équilibrée. Nous ne le voyons pas seulement chez les femmes, d'ailleurs. Nous le voyons chez tous nos jeunes diplômés. ¹³⁵

6.1.2 Mauvaise répartition géographique

Il s'est dégagé un consensus net au cours des audiences du Comité : on note

Le Canada rural compte 9 millions de personnes et le nombre augmente. Les habitants sont dispersés sur une superficie de 10 millions de kilomètres carrés. Le nombre de médecins servant cette population est, toute proportion gardée, inférieur de moitié au nombre qui servent dans les villes.

Peter Hutten-Czapski, Président, Société de la médecine rurale du Canada (17:12).

¹²⁹ D^r John Radomsky (5:7).

¹³⁰ D^r Peter Barrett (13:6).

¹³¹ D^r Peter Barrett (13:6).

¹³² D^r Peter Barrett (13:8).

¹³³ L'Association des facultés de médecine, tableau 8, p. 11.

¹³⁴ Forum médical canadien, *Groupe de travail sur les effectifs des médecins au Canada*, 22 novembre 1999, p. 11.

¹³⁵ D^r Peter Barrett (13:8).

depuis longtemps une mauvaise répartition des médecins au pays. Au cours des deux dernières décennies, des études ont conclu à plusieurs reprises que ce problème donne lieu à des pénuries de médecins en région.

Le problème semble s'aggraver puisqu'un nombre croissant de petites et moyennes localités ont de la difficulté à s'assurer un effectif de médecins adéquat. Ainsi, en octobre 1999, 99 localités ontarienne ont été jugées insuffisamment desservies et cherchaient en tout 534 médecins.¹³⁶ De nombreux obstacles à l'installation des médecins dans des secteurs insuffisamment desservis sont connus : lourdeur de la charge de travail, manque de formation dans les domaines nécessaires pour pratiquer la médecine en milieu rural, isolement professionnel, manque d'intérêt pour la vie à la campagne.

Le Comité s'est fait dire que les médecins qui déburent sont plus susceptibles d'aller s'installer en région s'ils proviennent des régions rurales ou si leur formation leur en fait valoir les avantages. Le D^r Thomas Ward, président du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé, a fait remarquer que « s'agissant de savoir si un médecin entend exercer dans une petite localité, le facteur déterminant est le fait que l'intéressé soit lui-même originaire d'une petite localité ».¹³⁷

La question des effectifs médicaux en région est étudiée en détail au chapitre 10.

6.1.3 Formation et recrutement des médecins

Les témoins se sont demandé si suffisamment d'étudiants étaient admis dans les facultés de médecine du Canada.

En 1991, un rapport de Barer et Stoddart recommandait de réduire de 10 % les inscriptions dans les facultés de médecine canadiennes et les postes de stagiaires diplômés afin de contrer l'augmentation injustifiée des effectifs médicaux.¹³⁸ Malgré la consigne de ne pas mettre en œuvre cette recommandation indépendamment des autres¹³⁹ (53 en tout), c'est exactement ce que les décideurs ont fait. Par conséquent, d'après les données de l'Association des facultés de médecine du Canada, la taille des groupes de première année dans les écoles de médecine a diminué de 16 % depuis 1991.

L'inscription en première année en 1997-1998 de 1 577 étudiants, soit un citoyen sur 19 000, place le Canada loin derrière d'autres pays industrialisés, par exemple le Royaume-Uni (1 sur 12 200) et l'Australie (1 sur 13 500). D'après le D^r Hugh Scully, président du groupe de travail sur les effectifs des médecins au Canada, Forum médical canadien, « En 1997, dans aucun autre pays développé du monde il était aussi difficile qu'au Canada d'entrer dans une école de médecine ».¹⁴⁰ Même si les augmentations des inscriptions au premier cycle annoncées au début de 2001 étaient de

¹³⁶ D^r Robert McKendry, *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond*, p. vii.

¹³⁷ D^r Thomas Ward (13:37).

¹³⁸ Morris L. Barer et Greg L. Stoddart, *Vers des politiques intégrées sur les effectifs médicaux au Canada*, préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, juin 1991.

¹³⁹ D'après le rapport (page 6), des politiques isolées concernant l'inscription aux facultés de médecine au premier cycle peuvent faire plus de tort que de bien si elles ne sont pas accompagnées de politiques correspondantes touchant les diplômés de facultés de médecine étrangères, le financement des hôpitaux universitaires et l'assurance de la qualité, pour ne nommer que ces questions.

¹⁴⁰ D^r Hugh Scully (13:11).

228 nouvelles places (soit une hausse de 14 % par rapport à 1998), elles se situent toujours en dessous du niveau d'entrée de 1983 (année de pointe).¹⁴¹

Bien qu'il reconnaisse que « les facultés de médecine et les responsables aient fait davantage de progrès depuis 18 mois qu'en 20 ans », ¹⁴² le D^r Scully affirme qu'il est impossible de progresser sans investir de ressources supplémentaires dans le système. Il a précisé au Comité que :

*Si nous voulons pouvoir disposer des enseignants pour faire le travail ainsi que des ressources, qu'il s'agisse de finances ou d'équipement, dont nous avons besoin, il faut que l'on injecte des crédits. Nous estimons que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle significatif en association avec les provinces et les territoires.*¹⁴³

En outre, le Canada n'offre pas autant de postes d'études supérieures que les autres pays : 100 postes financés à l'échelle provinciale pour 100 diplômés (en comparaison de 129/100 aux États-Unis et 140/100 en Angleterre). Le D^r Scully souligne qu'« il fut un temps où nous étions bien plus à même qu'aujourd'hui de valider les diplômes acquis à l'étranger par des personnes qualifiées ». ¹⁴⁴

Par le passé, le Canada a pu compter sur le recrutement à l'étranger pour combler certaines lacunes. Les diplômés internationaux en médecine (DIM) ont fait d'importantes contributions aux soins de santé au pays. Actuellement, presque 25 % des médecins du Canada ont fait leurs études de premier cycle à l'extérieur du Canada. Les DIM ne sont répartis également ni géographiquement ni par spécialité, et ne représentent que 12 % de l'effectif au Québec, mais environ 50 % de l'effectif en Saskatchewan. Le tiers des pédiatres, mais seulement 22 % des médecins de famille, sont des DIM.

La principale source de DIM a été le Royaume-Uni. Toutefois, d'autres pays peuvent être aux prises avec les mêmes pénuries que celles qui touchent notre système de santé, et il ne semble pas être très indiqué de constamment se convoiter les uns les autres des professionnels de la santé hautement qualifiés. Le D^r Scully a insisté sur ce point :

*Traditionnellement, le Canada allait chercher des diplômés en médecine au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et dans certains pays d'Europe. Cette source s'est en grande partie tarie, quoique pas totalement. Ces pays font leur possible pour garder leurs médecins et leur donner des conditions de travail intéressantes. Les sources auxquelles nous puisions sont épuisées.*¹⁴⁵

L'augmentation des frais de scolarité constitue un obstacle important aux inscriptions en médecine. Le D^r Barrett a indiqué que :

¹⁴¹ Forum méridional canadien, mémoire présenté au Comité, 16 mai 2001, p. 3.

¹⁴² D^r Hugh Scully (13:19).

¹⁴³ D^r Hugh Scully (13:14).

¹⁴⁴ D^r Hugh Scully (13:12).

¹⁴⁵ D^r Hugh Scully (13:17).

*Du fait de la déréglementation des frais de scolarité, les études de médecine sont devenues trop onéreuses. Si nous ne réagissons pas bientôt, seuls les fils et les filles de familles riches pourront au Canada entrer à l'école de médecine et faire carrière.*¹⁴⁶

Le Comité a appris que les frais de scolarité préoccupent grandement les étudiants du Canada rural. Par exemple, le D^r Thomas Ward, président du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé, a fait observer que :

*Dans notre province, les choses ont assez radicalement changé ces quatre dernières années pour ce qui est du recrutement des étudiantes et des étudiants en médecine. Reconnaissons que, pour la plupart des universités, l'augmentation du prix des études a fait des facultés de médecine une vache à lait. Nous avons ainsi constaté une baisse constante du pourcentage d'étudiants provenant des zones rurales de la Nouvelle-Écosse.*¹⁴⁷

Le D^r Barrett a exprimé des craintes semblables relativement au recrutement d'étudiants en médecine au sein de la population autochtone du Canada :

*Permettez-moi de vous citer un exemple tiré de ma propre province, la Saskatchewan, où habite une très nombreuse population autochtone. La meilleure manière d'assurer à cette population des soins de santé serait, d'abord, et compte tenu de la culture qui leur est propre, d'accroître le nombre de professionnels de la santé issus des Premières nations. Or, actuellement, notre système leur ferme plutôt les portes des facultés de médecine. C'est pourquoi il nous faut nous pencher sur le dossier de l'enseignement postsecondaire. Compte tenu de la déréglementation des droits d'inscription, il faut réfléchir au genre de personnes que nous admettons actuellement aux études médicales.*¹⁴⁸

6.1.4 L'« exode des cerveaux »

Un autre sujet de controverse est l'« exode des cerveaux » des médecins, particulièrement vers les États-Unis. Le tableau 6.2 présente des données sur le départ et le retour des médecins. Au cours de la période allant de 1996 à 2000, le nombre de médecins qui ont quitté le pays a diminué sensiblement, passant de 1,3 % de l'ensemble de l'effectif des médecins en 1996 à 0,7 % en 2000. La majorité de ces médecins étaient du sexe masculin et des spécialistes. Près de la moitié avaient été diplômés en médecine il y a moins de 10 ans. Le nombre de médecins qui sont revenus de l'étranger a augmenté quelque peu au cours de la période 1996-2000. En général, moins de médecins quittent le Canada et un plus grand nombre d'entre eux viennent au Canada (sauf en 2000). Toutefois, le Canada enregistre toujours une perte nette année après année.

La migration internationale des médecins reste une préoccupation importante pour de nombreux témoins. Le D^r Barrett a indiqué que « pour un médecin qui déménage dans le Nord, 19 s'en vont vers le Sud », ¹⁴⁹ tandis que le D^r Scully fait remarquer que « Nous continuons à perdre

¹⁴⁶ D^r Peter Barrett (13:9).

¹⁴⁷ D^r Thomas Ward (13:36-37).

¹⁴⁸ D^r Peter Barrett (13:41).

¹⁴⁹ D^r Peter Barrett (13:7).

l'équivalent des promotions de deux écoles de médecine par an qui représentent une perte nette en faveur des États-Unis ».¹⁵⁰

TABLEAU 6.2
MÉDECINS QUI ONT DÉMÉNAGÉ À L'ÉTRANGER
ET MÉDECINS QUI SONT REVENUS AU CANADA, 1996-2000

	Ont déménagé à l'étranger	Sont revenus au Canada	Perte nette
1996	726	218	508
1997	658	227	431
1998	568	319	249
1999	584	340	244
2000	420	256	164

Source : ICIS, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, Sommaire*, 9 août 2001 (disponible à l'adresse <http://www.cih.ca>).

Même si, de toute évidence, de nombreux facteurs influent sur les décisions prises par les Canadiens d'aller s'installer ailleurs, on allègue parfois que le régime fiscal plus onéreux au Canada poussent les personnes à revenu élevé à rechercher des occasions plus profitables au sud de la frontière. Toutefois, les enquêtes auprès des médecins révèlent que le revenu n'est habituellement pas le premier motif qui les incite à quitter le Canada et que les conditions dans lesquelles ils peuvent exercer leur profession ont plus d'importance. Le D^r Scully s'étend longuement sur le sujet :

*Je précise que la rémunération qui lui est offerte au Dakota du Nord n'est pas plus élevée qu'en Alberta. Ce n'est donc pas une question d'argent. Il s'agit de la possibilité de soigner le patient dans de bonnes conditions. Si nous voulons pouvoir attirer et conserver nos médecins, il faut faire un effort concerté pour réunir les moyens permettant aux médecins, aux infirmières et aux autres intervenants de santé d'assurer aux patients les services dont ils ont besoin.*¹⁵¹

Dans le même ordre d'idées, le D^r Barrett ajoute :

Comme dans tout autre secteur de l'économie, s'il faut être compétitif pour réussir, il faut que le Canada offre un environnement concurrentiel capable non seulement de garder ses médecins, mais aussi de faire revenir ceux qui sont partis. Si nous sommes sérieux lorsque

¹⁵⁰ D^r Hugh Scully (13:12).

¹⁵¹ D^r Hugh Scully (13:40).

*nous parlons d'avoir un système de soins de santé de calibre mondial, nous devons alors offrir un environnement qui attirera et nous permettra de conserver du personnel de santé de ce calibre.*¹⁵²

En général, tous les témoins étaient d'accord pour dire qu'il fallait établir un plan global en matière de ressources humaines. Comme l'a fait remarquer le D^r Scully, « il n'y a pas de réponse automatique ni de solutions miracles ».¹⁵³ Selon le D^r Barrett :

*Nous pourrions commencer par une stratégie nationale parce qu'il s'agit d'un problème national. Je me rends compte que bien des soins de santé sont dispensés par les provinces ou les territoires. Avant toute chose, il nous faut un plan national.*¹⁵⁴

6.2 Soins infirmiers

Le groupe des soins infirmiers renferme le plus grand nombre de soignants au Canada, soit presque les deux tiers de l'ensemble de l'effectif. Il y a trois groupes de professionnels des soins infirmiers réglementés : les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA). La plupart des données disponibles portent sur la situation des IA. Il y a deux façons de devenir infirmière autorisée : (i) un programme menant à un diplôme offert dans un collège communautaire; (ii) un baccalauréat en sciences infirmières à l'université. Environ 90 % des infirmières qui exercent leur profession sont titulaires d'un diplôme. Certaines provinces reconnaissent une catégorie élargie additionnelle d'infirmières, appelées habituellement « infirmières praticiennes », mais aucune norme nationale ne les régit et le terme n'est pas une désignation protégée.

Les infirmières travaillent dans des milieux très divers et effectuent toute une gamme de tâches qui exigent une diversité considérable de compétences, allant de l'assistance au traitement des patients souffrant de maladies aiguës dans un milieu hospitalier à la planification et la surveillance des programmes de soins à domicile, en passant par l'organisation et la délégation des charges de travail. Des changements récents dans l'organisation et la prestation des soins de santé ont une grande incidence sur les types de tâches effectuées par les infirmières et le nombre d'infirmières disponibles pour les effectuer.

Dans un contexte où les séjours à l'hôpital sont plus courts, les infirmières traitent des cas plus lourds et sont appelées à effectuer de nombreuses tâches qui incombaient auparavant à d'autres employés de l'hôpital. Par exemple, une étude récente indique qu'au Canada, 42 % des infirmières affirment qu'elles effectuent des travaux d'entretien domestique, tandis qu'une proportion semblable (43,6 %) signalent que les tâches infirmières essentielles, comme réconforter les patients et leur parler, sont mises de côté.¹⁵⁵ Les tendances à avoir recours aux technologies de la santé signifient également que les infirmières doivent accomplir plus de tâches complexes avec plus de pressions et moins de ressources. À cet égard, Kathleen Connors, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, a dit au Comité que les infirmières :

¹⁵² D^r Peter Barrett (13:9).

¹⁵³ D^r Hugh Scully (13:14).

¹⁵⁴ D^r Peter Barrett (13:17).

¹⁵⁵ Aiken, Linda et al., « Nurses Reports on Hospital Care in Five Countries », dans *Health Affairs*, mai-juin 2001.

*veulent pouvoir en outre exercer leur profession comme elles ont été formées à le faire. Elles ne veulent pas seulement faire les gestes qu'on leur a enseignés, mais elles veulent également faire un travail de pédagogie, et prendre le temps de passer un moment au chevet d'un patient qui a besoin de soutien et de réconfort. Elles veulent pouvoir conseiller, encourager et accomplir tous ces actes à la fois essentiels et difficiles à chiffrer.*¹⁵⁶

6.2.1 Effectif infirmier

L'ICIS signale une diminution de 7,2 % du nombre des IA (pour 100 000 Canadiens) qui travaillaient dans leur domaine entre 1989 et 1998, tandis que le nombre des IAA a diminué de 17 % au cours de la même période (voir tableau 6.1). D'après l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, les effectifs de personnel infirmier qualifié sont au bord de la crise. L'Association prévoit que d'ici 2011, il y aura une pénurie d'au moins 59 000 infirmières au Canada, mais que cette pénurie pourrait être de 113 000 infirmières si l'on tient compte de tous les besoins d'une population vieillissante (tableau 6.3).

TABLEAU 6.3
NOMBRE D'INFIRMIÈRES AUTORISÉES NÉCESSAIRE POUR
RÉPONDRE ADÉQUATEMENT À LA DEMANDE EN 2011

Demande projetée	Nombre nécessaire	Infirmières disponibles	Déficit
Faible	290 000	231 000	59 000
Moyenne	317 000	231 000	86 000
Elevée	344 000	231 000	113 000

Source : *Statistical Picture of the Past, Present and Future of RNs in Canada*, AIIC, 1997.

Même si les témoins ont reconnu que la pénurie de personnel infirmier est un problème mondial (Hong Kong étant la seule ville à enregistrer un surplus d'infirmières¹⁵⁷), ils ont également fait savoir que la gravité de la situation des soins infirmiers au Canada tient aux stratégies de compression des coûts que tous les gouvernements du pays ont mises en place au début des années 90. C'est pourquoi ils ont recommandé à l'unanimité que plus de fonds soient investis dans le système de soins de santé, de façon à contrer la pénurie de personnel infirmier. Par exemple, Régis Paradis, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, a fait valoir que « Même si le gouvernement fédéral devait prendre diverses mesures en vue de rétablir ses finances publiques, nous estimons que les compressions budgétaires ont été trop drastiques, sans véritable consultation

Il faut se dire qu'il est absolument nécessaire de s'attaquer au problème des ressources humaines dans le domaine des soins infirmiers. Nous ne faisons rien, mais c'est au péril du système de soins de santé. Voilà le message que nous ne pouvons que répéter haut et fort à votre comité qui se penche sur l'avenir de notre système de soins de santé.

Kathleen Connors, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (13:79).

¹⁵⁶ Kathleen Connors (13:65).

¹⁵⁷ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, mémoire présenté au Comité, 16 mai 2001, p. 5.

et, également, sans tenir compte des besoins de la population ».¹⁵⁸ Dans le même ordre d'idées, Sandra MacDonald-Remecz, directrice de la Politique, réglementation et recherche à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), a affirmé ce qui suit au Comité :

*Permettez-moi de terminer en insistant sur l'importance des investissements en ce domaine. Ce sont ces investissements qui nous permettront de retenir, au sein de notre système de santé, les personnes qualifiées dont nous avons besoin. Sans ce genre de personnes, il n'y a pas de système de santé qui vaille.*¹⁵⁹

6.2.2 Conditions de travail

La pénurie d'infirmières et d'infirmiers a d'importantes répercussions sur la prestation des soins de santé et sur les conditions de travail des soignants, qui doivent composer avec un personnel réduit. Kathleen Connors a indiqué que « le Canada souffre d'une pénurie d'infirmières, ce qui entraîne régulièrement la fermeture de services d'urgence et de blocs opératoires, »¹⁶⁰. Et elle ajoute ceci :

*Ces heures supplémentaires qui s'accumulent sont pour les infirmières une source de grande fatigue alors même qu'elles peuvent être sollicitées par les soins qu'elles donnent à un parent ou à un enfant. Dans certains cas, nous faisons cela après un service hebdomadaire de plus de 60 heures... Les agentes de bord ont des congés obligatoires, mais pas les infirmières. Cette situation est néfaste non seulement pour les infirmières, mais aussi pour les patients.*¹⁶¹

Malgré la pénurie généralisée de personnel infirmier, l'emploi à temps plein est devenu moins courant chez les infirmières. Sandra MacDonald-Remecz a fait observer au Comité qu'« au cours des dernières années, on a vu de plus en plus d'emplois occasionnels et de travail à temps partiel ». ¹⁶² En fait, le nombre d'infirmières qui travaillent à temps partiel a augmenté de près de 10 % entre 1990 et 1997, tandis que le nombre travaillant à temps plein a diminué d'environ 8,5 %. On note également une augmentation de 37,5 % du nombre d'infirmières qui occupaient un poste occasionnel au cours de la même période. Même s'il est sans doute vrai que des infirmières préfèrent travailler à temps partiel, 19 % des infirmières employées à temps partiel en 1998 occupaient plus d'un emploi et très peu ont choisi de plein gré un travail occasionnel.¹⁶³

L'augmentation des emplois occasionnels dans l'effectif signifie également qu'il est de plus en plus difficile pour les nouvelles infirmières diplômées d'obtenir un poste à temps plein, ce qui a tendance à réduire l'attrait des soins infirmiers comme choix de carrière et à prolonger la période d'apprentissage des nouvelles diplômées. À cet égard, Kathleen Connors a fait remarquer que :

¹⁵⁸ Régis Paradis (13:50).

¹⁵⁹ Sandra MacDonald-Remecz (13:63).

¹⁶⁰ Kathleen Connors (13:54).

¹⁶¹ Kathleen Connors (13:54).

¹⁶² Sandra MacDonald-Remecz (13:61).

¹⁶³ Dussault, Gilles et al., *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de la littérature*, décembre 1999, p. 25.

*Les infirmières de ce groupe d'âge ont en général soit un emploi occasionnel, soit des emplois à temps partiel, c'est-à-dire qu'elles travaillent pour plusieurs employeurs au lieu d'avoir un poste à plein temps. En 1998, 48 % des infirmières au Canada travaillaient à temps partiel. C'est une situation déplorable.*¹⁶⁴

D'après les témoins, cette situation explique que trois infirmières sur dix quittent la profession dans les cinq années qui suivent l'obtention de leur diplôme.¹⁶⁵

Cette pénurie générale de personnel infirmier, conjuguée à la sous-utilisation d'infirmières formées, est également évidente en ce qui concerne les autres catégories de personnel infirmier. Par exemple, Linda Jones, de la Nurse Practitioners Association of Ontario, a précisé ceci au Comité : « sur nos 401 diplômées, 200 occupent actuellement des postes qui ne tiennent peu compte, ou pas du tout, de leurs capacités ».¹⁶⁶ Dans le même ordre d'idées, Régis Paradis a indiqué que « nous (...) considérons que les compétences des infirmières auxiliaires québécoises ne sont pas utilisées au maximum »¹⁶⁷ et que « la solution au problème de la surcharge de travail au Québec, outre le fait d'injecter plus de fonds, réside dans l'utilisation accrue des infirmières auxiliaires ».¹⁶⁸

Mais la dégradation des conditions de travail des infirmières va plus loin que la sous-utilisation des diverses catégories de personnel infirmier. D'après l'ICIS, les infirmières interviennent pour plus de 75 % des blessures au travail dans le secteur des soins de santé, et ces blessures surviennent principalement lorsqu'elles lèvent ou déplacent des patients. Dans son témoignage, Kathleen Connors a indiqué que :

*les infirmières tombent plus souvent malades que n'importe quelle autre catégorie professionnelle au Canada. Chaque semaine, 8,4 % des infirmières sont en congé de maladie. Ce taux est le double la moyenne nationale.*¹⁶⁹

Les témoins ont également déploré qu'à bien des égards, les infirmières ne bénéficient pas du respect qu'elles méritent pour leur contribution essentielle au système de soins de santé. Parmi les points signalés comme essentiels pour retenir les infirmières dans la profession, citons une charge de travail normale, une éducation permanente adéquate, la mobilité professionnelle, la souplesse de l'horaire et du déploiement, le respect professionnel et des salaires décents. Les témoins ont fait valoir que ce qu'il faut pour retenir les infirmières dans la profession au Canada, c'est une approche globale pour assurer un milieu de travail sain qui donne aux infirmières suffisamment d'autonomie pour s'acquitter de leurs tâches et du temps pour leur perfectionnement professionnel. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada propose sept mesures nécessaires pour retenir les infirmières :

- Améliorer la conception des tâches
- Faciliter l'utilisation de la pratique intégrale

¹⁶⁴ Kathleen Connors (13:55).

¹⁶⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire présenté au Comité, 16 mai 2001, p. 4.

¹⁶⁶ Linda Jones (13:46).

¹⁶⁷ Régis Paradis (13:51).

¹⁶⁸ Régis Paradis (13:65).

¹⁶⁹ Kathleen Connors (13:54).

- Soutenir le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continu au moyen des impôts, d'activités de formation et de l'allocation de temps
- Identifier les possibilités d'avancement professionnel et offrir des services de planification de carrière
- Favoriser un horaire souple
- Offrir des soutiens professionnels accessibles
- Améliorer l'accès à la recherche sur les questions touchant les maladies cliniques et accorder le temps nécessaire pour étudier et se tenir au courant des nouveautés de la profession.

6.2.3 Formation et recrutement dans le domaine des soins infirmiers

Le Comité s'est fait dire qu'il est bien difficile de recruter suffisamment de jeunes gens à former comme infirmières et infirmiers. Les témoins ont affirmé que les soins infirmiers, qui sont dans une large mesure une profession féminine,¹⁷⁰ ne sont plus aussi attrayants que dans les générations précédentes comme option de carrière pour les jeunes femmes qui entrent à l'université. Sandra MacDonald-Remecz a souligné qu'« au cours des 10 dernières années, on a observé une baisse de 50 % du nombre de diplômés en sciences infirmières ».¹⁷¹

Les données révèlent que non seulement moins de nouvelles infirmières se joignent à la profession chaque année, mais que celles qui le font sont plus âgées qu'auparavant. Le nombre de nouvelles diplômées était de l'ordre de 10 000 par année dans les années 70 et de 8 000 par année dans les années 80. Depuis lors, les promotions sont de moins en moins nombreuses et seulement 5 500 infirmières ont obtenu leur diplôme en 1995. Les témoins ont fait valoir la solution adoptée en République d'Irlande, où tous les frais de scolarité ont été abolis pour les étudiants modèles.

La question de l'éducation permanente des infirmières a également été soulevée au cours des audiences du Comité. L'absence de possibilités d'éducation permanente a été citée comme une partie du problème pour expliquer l'attrait des États-Unis pour les nouvelles diplômées. Même s'il n'existe aucune donnée, des rapports médiatiques laissent entendre que jusqu'à 20 000 infirmières canadiennes ont été recrutées par des hôpitaux américains. D'après Sandra MacDonald-Remecz :

*Si les Américains parviennent à recruter un si grand nombre de nos jeunes diplômées, c'est en partie parce que dès leur embauche on leur promet la possibilité de pouvoir parfaire leur formation.*¹⁷²

Une façon de faciliter l'éducation permanente a été proposée par Kathleen Connors :

un des dossiers que nous continuons de promouvoir et pour lequel nous espérons avoir un appui est celui de l'utilisation de la caisse d'assurance-emploi à des fins de formation. Nous

¹⁷⁰ D'après Kathleen Connors, 96 % du personnel infirmier est composé de femmes (13:65).

¹⁷¹ Sandra MacDonald-Remecz (13:61).

¹⁷² Sandra MacDonald-Remecz (13:61-62).

*avons un excédent. Puisqu'on permet aux artisans d'utiliser l'argent de l'assurance-emploi pour continuer à se perfectionner, pourquoi ne fait-on pas la même chose pour les infirmiers et infirmières? Il faut étudier cette question. Pourquoi l'assurance-emploi refuse-t-elle aux infirmières la possibilité de toucher de l'argent pour poursuivre des études postsecondaires?*¹⁷³

Une autre solution a été proposée par Mme MacDonald-Remecz :

*On peut également envisager un système de primes à l'engagement, ce qui paraît presque être un sacrilège pour un professionnel de la santé. De nombreuses organisations sont cependant de plus en plus portées à le faire. Autrement dit, il va falloir se montrer plus entreprenant et tenir compte du fait que si l'on ne fait pas tout pour les attirer, les gens ne joindront pas les rangs de notre profession.*¹⁷⁴

6.3 Autres soignants

De nombreux autres soignants, allant des pharmaciens aux techniciens de laboratoire, en passant par les techniciens spécialistes en échographie, ont exprimé des plaintes semblables à celles des médecins et des infirmières relativement à la pénurie de ressources humaines et à la dégradation des conditions de travail dans tout le système de soins de santé au Canada.

Par exemple, la Société canadienne de science de laboratoire médical (SCSLM) prévoit une pénurie de techniciens de laboratoire médical généralistes au cours des 5 à 15 prochaines années au Canada. De plus, les techniciens de laboratoire médical vieillissent : 12 % de l'effectif actuel sera admissible à la retraite dans 5 ans, 15,8 % dans 10 ans et 16,6 % dans 15 ans. D'ici 2015, 44,4 % de l'effectif des laboratoires médicaux auront pris leur retraite ou seront admissibles à la retraite.¹⁷⁵ Dans son mémoire, la Société a insisté sur le fait qu'il faudra accroître le nombre de postes de stagiaire de façon importante pour prévenir la pénurie de techniciens. Les techniciens de laboratoire médical ont également insisté sur la nécessité d'une formation continue pour leur permettre d'utiliser le nouveau matériel de technologie de pointe. De plus, l'effectif des laboratoires médicaux compte beaucoup de cas d'épuisement professionnel et de fatigue. Enfin, la mise sur pied d'une base de données nationale a été recommandée pour permettre d'établir des projections exactes sur les besoins futurs en ressources humaines dans le domaine des soins de santé.

L'Association des pharmaciens du Canada a également souligné la pénurie de pharmaciens. Cette pénurie n'est pas unique au Canada, mais c'est un problème avec lequel de nombreux pays sont aux prises, dont le Royaume-Uni et les États-Unis. Le faible effectif de pharmaciens se traduit par un nombre accru de postes vacants, des périodes plus longues pour les combler,

Les chiropraticiens sont à toutes fins utiles des médecins spécialisés dans le système neuromusculosquelettique. Pour l'instant, on ne leur permet pas d'utiliser les instruments de la profession et leur action clinique est entravée. On nous interdit l'accès aux hôpitaux, et il arrive que nous ne puissions pas continuer de traiter nos patients après qu'ils ont été hospitalisés. On nous interdit l'accès aux radiographies de même qu'aux analyses sanguines et d'urine.

Dr Tim St. Denis, président, Association chiropratique canadienne (13:85).

¹⁷³ Kathleen Connors (13:78).

¹⁷⁴ Sandra MacDonald-Remecz (13:61).

¹⁷⁵ Société canadienne de science de laboratoire médical, mémoire présenté au Comité, 26 avril 2001, p. 2.

l'augmentation des heures supplémentaires et l'augmentation des salaires au-delà du coût de la vie. Une étude récente révèle que plus de 2 000 pharmaciens supplémentaires pourraient facilement trouver du travail au Canada.¹⁷⁶ En raison de complications croissantes liées aux médicaments, du vieillissement de la population et de l'accroissement des attentes du public, on prévoit que les pharmaciens seront de plus en plus recherchés pour leur savoir, leurs compétences et leur contribution rentable au système de soins de santé. L'étude signale également que les renseignements dont on dispose actuellement présentent une image incomplète de l'effectif des pharmaciens.

Les représentants des chiropraticiens ont fait part au Comité de leur situation particulière. Les services chiropratiques ne sont pas considérés comme nécessaires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Seules quelques provinces offrent une assurance publique pour les services de chiropractie. Le Comité a appris qu'il y avait plus de 5 000 chiropraticiens actifs au Canada et qu'environ 4,5 millions de Canadiens ont recours à leurs services chaque année. Dans son mémoire, l'Association chiropratique canadienne a indiqué que les chiropraticiens ne sont pas utilisés dans le système de soins de santé du Canada de la façon la plus efficace. Des obstacles politiques et législatifs aux services de chiropractie se traduisent par une répartition inéquitable des ressources qui ne tient pas compte du choix du patient, de l'efficacité ni de la rentabilité. Par exemple, les chiropraticiens n'ont pas de privilèges hospitaliers; ils ne peuvent pas diriger leurs patients à des installations de radiographie ni aux laboratoires de diagnostic subventionnés par l'État, ni fournir des services à leurs patients qui doivent être hospitalisés.

6.4 Réforme des soins primaires

Les témoignages présentés au Comité par les soignants, particulièrement les médecins et les infirmières, ont indiqué clairement qu'il fallait, pour utiliser les ressources humaines de façon plus rationnelle et efficace, repenser l'organisation et le financement de la prestation des soins primaires au Canada.

Par « soins primaires » on entend le premier niveau de soins et habituellement le premier point de contact qu'a le public avec le système de soins de santé. Les installations de soins primaires aident les personnes et leur famille à prendre les meilleures décisions au sujet de leur santé. Les services de soins primaires doivent être :

- coordonnés
- accessibles à tous les utilisateurs
- dispensés par des professionnels de la santé qui possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes et des communautés servies
- gérés de façon responsable à l'échelle de la collectivité.

Le travail d'une équipe multidisciplinaire doit donc constituer une partie vitale des soins primaires. L'objectif de ce travail d'équipe n'est pas de remplacer un fournisseur de soins de santé par un autre, mais bien d'examiner les compétences uniques que chacun apporte à l'équipe afin

¹⁷⁶ Peartree Solutions Inc., *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada*, Association des pharmaciens du Canada, mai 2001 (disponible à l'adresse <http://www.cdnpharm.ca/>).

de coordonner le déploiement des compétences. Les clients sont en droit de consulter le fournisseur de soins qui est le mieux placé pour traiter leur problème.

La façon dont les soins de santé sont dispensés actuellement au Canada ne correspond pas normalement à la philosophie des soins primaires (bien que les centres de santé communautaires soient un exemple d'organisations qui souscrivent à une telle philosophie dans la prestation de leurs soins de santé). Souvent, les services de santé ne sont pas coordonnés et ne sont pas dispensés par le praticien le plus approprié, et les connaissances et les compétences de nombreux praticiens ne sont pas pleinement utilisées.

La nécessité de changer la façon dont les soins primaires sont dispensés est au cœur des recommandations de plusieurs études provinciales sur les soins de santé, notamment le rapport de la Commission Sinclair de l'Ontario, le rapport de la Commission Clair du Québec et le rapport de la Commission Fyke de la Saskatchewan. En fait, l'importance de changer la façon de dispenser les soins primaires est tellement reconnue qu'en septembre 2000, les administrations provinciales et territoriales ont toutes convenu d'accélérer le renouvellement des soins primaires.

Le gouvernement fédéral soutient activement les efforts que déploient les provinces et les territoires au chapitre de la réforme et du renouvellement des soins primaires. De façon plus précise, il a établi un fonds de soins primaires de 800 millions de dollars sur une période de quatre ans (2000-2004) pour soutenir les coûts transitoires de la mise en œuvre de projets systémiques à grande échelle de soins primaires. Quelque 70 % des fonds doivent être consacrés aux grandes réformes provinciales et fédérales, tandis que les 30 % restants serviront à soutenir les projets nationaux et à compétences multiples relatifs à l'avancement de la réforme des soins primaires.

Le D^r Thomas Ward a indiqué que les Canadiens et les médecins sont en faveur des équipes de soins primaires multidisciplinaires :

Lors d'un sondage effectué l'automne dernier, on a demandé à la population canadienne si elle préférerait recevoir des soins de son médecin de famille ou d'une équipe de soins primaires comprenant un médecin de famille, et les réponses favorables au travail en équipe ont été quatre fois plus nombreuses. Notre population préférerait nettement que les soins soient dispensés par une équipe de professionnels de la santé. Ce que nous voudrions voir à l'avenir, c'est l'intégration complète au sein d'une équipe de santé interdisciplinaire pour tout ce qui concerne les soins primaires.¹⁷⁷

Le Comité a également appris que la réforme des soins primaires est tout à fait essentielle au déploiement complet des compétences supplémentaires que possèdent les infirmières praticiennes. Les infirmières praticiennes qui dispensent les soins primaires sont des infirmières autorisées d'expérience, possédant une formation supplémentaire en soins infirmiers qui leur permet de dispenser aux particuliers, aux familles et aux collectivités des services de santé dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et des accidents, du traitement, de la réadaptation et du soutien. Elles peuvent, entre autres, faire du dépistage systématique comme des tests de Papanicolaou, diagnostiquer et traiter des maladies mineures comme des infections aux oreilles ou à la vessie ou des blessures mineures comme des foulures, déceler la présence d'une

¹⁷⁷ D^r Thomas Ward (13:21).

maladie chronique comme le diabète et suivre les personnes atteintes d'une maladie chronique stable comme l'hypertension. Elles suivent les règles de l'art de la pratique des soins infirmiers et ne sont ni des médecins de deuxième niveau, ni des médecins auxiliaires. Selon les termes de Linda Jones, de la Nurse Practitioners Association of Ontario :

*J'ajoute que le public connaît mal, lui aussi, le rôle et la formation des infirmières praticiennes. Le fait d'être parfois perçues comme des médecins suppléants – « votre médecin de famille ne peut pas vous voir, adressez-vous à l'infirmière praticienne » - n'est pas de nature à améliorer la manière dont nous sommes perçues par la population.*¹⁷⁸

Les infirmières praticiennes sont un élément important de la réforme des soins primaires, mais il reste des obstacles considérables à leur pleine intégration dans le système de prestation de soins primaires. Mme Jones a fait observer qu'en Ontario :

*La nouvelle législation, même si nous sommes extrêmement contentes de l'autonomie qu'elle nous reconnaît dans le cadre de nos fonctions, laisse subsister un certain nombre d'obstacles. Ainsi, la Loi sur les hôpitaux publics ne nous permet pas d'exercer dans les hôpitaux.*¹⁷⁹

Toutefois, le Comité a appris que les obstacles n'étaient pas exclusivement d'ordre législatif ou organisationnel. Ils tiennent aussi à la façon dont les fonds sont répartis dans le système de soins de santé et, en particulier, à l'utilisation à outrance des honoraires à l'acte comme principale méthode de rémunération des médecins. Les honoraires à l'acte ont tendance à dissuader systématiquement les médecins de promouvoir le travail d'équipe, car leur rémunération individuelle est fonction du nombre de patients qu'ils voient. Dans son témoignage, Linda Jones signale une autre façon dont les honoraires à l'acte empêchent la pleine collaboration entre les dispensateurs de soins de santé :

*(...), bien que nous possédions les connaissances et les aptitudes permettant d'adresser un patient à un spécialiste, le système de rémunération appliqué par le RAMO verse aux spécialistes des honoraires de consultation moins élevés si le patient leur est adressé par des infirmières praticiennes. Ils ont donc tendance à refuser les patients que nous leur envoyons.*¹⁸⁰

Les principales solutions de rechange aux honoraires à l'acte sont des systèmes reposant sur un salaire et le nombre de cas, où la pratique du médecin est rémunérée en fonction du nombre de patients inscrits. William Tholl, secrétaire général et directeur général de l'Association médicale canadienne (AMC), a dit au Comité que les médecins sont disposés à envisager d'autres formes de rémunération :

¹⁷⁸ Linda Jones (13:47).

¹⁷⁹ Linda Jones (13:46).

¹⁸⁰ Linda Jones (13:47).

*c'est-à-dire que l'AMC proposerait, comme je le ferais également, que la forme du paiement soit fondée sur les fonctions que vous déterminez pour le médecin dans le système. Il est certain que les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent dans des régions rurales et éloignées ont une fonction différente dans le système par rapport au travail qui se fait dans le centre-ville de Toronto.*¹⁸¹

6.5 Commentaires du Comité

Le Comité est convaincu qu'il est prioritaire, dans les politiques de soins de santé à tous les paliers gouvernementaux, de s'occuper des questions qui ont trait aux ressources humaines. Nous avons besoin d'une stratégie en ressources humaines à long terme qui soit établie à l'échelle du pays et conçue au Canada. Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan pour coordonner et mettre en œuvre une telle stratégie. Bien sûr, les provinces et les territoires ne sont pas uniquement responsables de la prestation des soins de santé à leur population, mais elles sont également chargées de l'éducation et de la formation. Le défi consiste donc à trouver une façon d'élaborer une stratégie d'une façon qui soit acceptable pour les provinces et les territoires.

Par le passé, le gouvernement fédéral a consacré des capitaux permanents à la création de nouveaux programmes de formation en services de soins de santé, par exemple dans les années 60, à l'époque où il a participé à l'expansion de plusieurs écoles de médecine. Le gouvernement fédéral a également contribué à la formation de certains professionnels de la santé dans le cadre de divers programmes de formation fédéraux qui ont existé au fil des ans. En outre, par son soutien à des établissements comme le Conseil de recherches médicales et maintenant les Instituts de recherche en santé du Canada, le gouvernement fédéral a aidé pendant plus de 40 ans des étudiants diplômés qui effectuent de la recherche.

Il est important que le gouvernement fédéral continue d'aider à résoudre les nombreux problèmes de ressources humaines que connaît le pays dans le domaine des soins de santé. Il doit notamment aider les provinces à réformer les soins primaires, puisque les façons de déployer efficacement les ressources humaines sont étroitement liées à la réorganisation des soins primaires.

¹⁸¹ William Tholl (17:18).

CHAPITRE SEPT

RECHERCHE EN SANTÉ

La recherche en santé vise les connaissances nouvelles sur la santé et sur les soins. Elle peut déboucher sur le développement de pharmacothérapies, de traitements, d'équipements et de dispositifs médicaux nouveaux ou améliorés; elle renseigne sur des façons nouvelles d'organiser et d'offrir les soins. La recherche en santé permet de mieux comprendre l'interaction complexe des facteurs qui déterminent notre santé et notre sensibilité à la maladie.

Avec la création des Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS), le gouvernement fédéral a étendu sa définition de la recherche en santé. Elle déborde la recherche fondamentale et appliquée (surtout biomédicale et clinique) pour couvrir des disciplines et des éléments très divers. Cette évolution s'inscrit dans un mouvement général vers une approche de la santé de la population qui préconise que la santé va au-delà des soins médicaux. Elle répond à un besoin croissant d'information basée sur des faits, en vue d'une réforme et d'un renouvellement efficaces des soins. Le tableau 7.1 résume les quatre volets de la recherche financée par les ICRS.

TABLEAU 7.1

ICRS — LES QUATRE VOLETS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

Recherche biomédicale	<i>Vise les organismes vivants, les organes et les systèmes physiologiques.</i>
Recherche clinique	<i>Fait appel à l'observation directe des patients bénéficiant de soins médicaux.</i>
Recherche sur les services en santé	<i>Porte sur la prestation, l'administration, l'organisation et le financement des soins.</i>
Recherche sur la santé de la population	<i>S'attache aux grands facteurs qui influencent l'état de santé (conditions socio-économiques, sexe, culture, éducation, etc.)</i>

La recherche joue un rôle essentiel dans le domaine de la santé et des soins. Le Comité a tenu des séries d'audiences sur ce sujet. Les témoins ont parlé : 1) du rôle du gouvernement fédéral dans la recherche en santé; 2) de la recherche génétique et génomique en pleine expansion et de leurs implications pour la santé et les soins; 3) des retombées et des défis de la recherche en santé.

7.1 Rôle du gouvernement fédéral dans la recherche en santé

Le gouvernement fédéral joue un grand rôle d'appui à l'égard de la recherche en santé effectuée dans les universités, les hôpitaux d'enseignement et les instituts de recherche (recherche extra-muros) ainsi que dans ses propres laboratoires (recherche interne). Selon Kimberley

Elmslie, directrice exécutive adjointe du Secrétariat de la recherche en santé à Santé Canada, le rôle du gouvernement fédéral dans la recherche en santé et sur les soins est multiforme et comprend :

- L'établissement des priorités de la recherche;
- L'exécution de la recherche dans les domaines qui tombent sous sa responsabilité directe (protection de la santé, gestion des risques, santé des Autochtones, etc.);
- Le financement de la recherche extra-muros et de la recherche connexe en sciences et en génie;
- Le soutien à la formation et au perfectionnement des chercheurs (par l'intermédiaire du Programme des chaires de recherche du Canada, les IRSC et d'autres organismes subventionnaires);
- Le financement des infrastructures de recherche (par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation);
- Le soutien à la gestion des systèmes et de l'information (ICIS et Statistique Canada);
- Le financement des Réseaux de centres d'excellence (Industrie Canada et Santé Canada).¹⁸²

Seule une part relativement faible de la recherche en santé est effectuée dans les installations fédérales (moins de 20 %). Ces installations se trouvent à Santé Canada, à Statistique Canada, au Conseil national de recherches, au ministère du Développement des ressources humaines et à Environnement Canada (en partenariat avec Santé Canada). La plus grande partie de la recherche financée par le gouvernement fédéral se déroule extra—muros, c'est-à-dire dans les universités et les hôpitaux (72 %), dans les organismes privés sans but lucratif (6 %) et dans l'entreprise privée (1 %).¹⁸³

Le principal organisme fédéral subventionnaire pour la recherche en santé est l'ICRS (voir tableau 7.2). C'est le seul organisme fédéral dont le budget est entièrement consacré à la recherche en santé. Sa création en 1998 est issue de la fusion du Conseil de recherches médicales du Canada et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), principal instrument subventionnaire de Santé Canada pour la recherche extra-muros. Santé Canada participe également à de multiples recherches à l'interne ainsi qu'à la recherche extra-muros dans le domaine de la santé. Cependant, d'autres organismes de recherche financés par le gouvernement fédéral et d'autres partenaires travaillent exclusivement dans le domaine de la santé. Il s'agit de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

Il existe plusieurs sources secondaires de financement fédéral pour la recherche en santé. Le gouvernement fédéral est doté de plusieurs conseils, organismes et programmes de recherche où une part seulement du budget va à la recherche en santé. Il s'agit du Conseil de

¹⁸² Kimberly Elmslie, Secrétariat de la recherche en santé (Santé Canada), mémoire présenté au Comité, 26 avril 2001, p. 1.

¹⁸³ Sonya Norris, Nancy Miller-Chenier et Odette Madore, *Financement fédéral de la recherche en santé*, Capsules d'information pour les parlementaires, 56F, Bibliothèque du Parlement, 11 décembre 2000.

recherche en sciences naturelles et en génie, du Conseil de recherche en sciences humaines, de la Fondation canadienne pour l'innovation, des Chaires de recherche du Canada et du Réseau des centres d'excellence (7 des 18 réseaux financés actuellement font de la recherche en santé : arthrite, maladies bactériennes, vaccins et agents immunothérapeutiques pour le cancer et les maladies virales, accidents cardiovasculaires, application des preuves en santé, maladies génétiques et génie protéinique).

TABLEAU 7.2
Principales sources de fonds fédéraux pour
la recherche en santé en 2000

Source	Date d'établissement	Subvention fédérale en 2000 ou à peu près
Instituts de recherche en santé du Canada	2000	402 M\$ par an
Fonds pour l'adaptation des services de santé (Santé Canada)	1997	150 M\$ sur 3 ans
Fonds pour la santé de la population (Santé Canada)	1999	14 M\$ par an
Programme de partenariat pour l'infrastructure canadienne de la santé (Santé Canada)	2000	80 M\$ sur 2 ans
Centres d'excellence pour la santé des enfants (Santé Canada)	2000	20 M\$ sur 5 ans
Centres d'excellence pour la santé des femmes (Santé Canada)	1996	12 M\$ sur 6 ans
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)	1996	65 M\$ sur 5 ans
Fonds pour la recherche en sciences infirmières (FCRSS)	2000	2,5 M\$ par an (sur 10 ans)
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	1994	328 M\$ sur 3 ou 4 ans (1999-2003)
Initiative sur la santé de la population canadienne (ICIS)	1999	20 M\$ sur 4 ans (1999-2003)
Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé	1989	3,7 M\$ (2000), 4,34 M\$ par an (2001-2004)

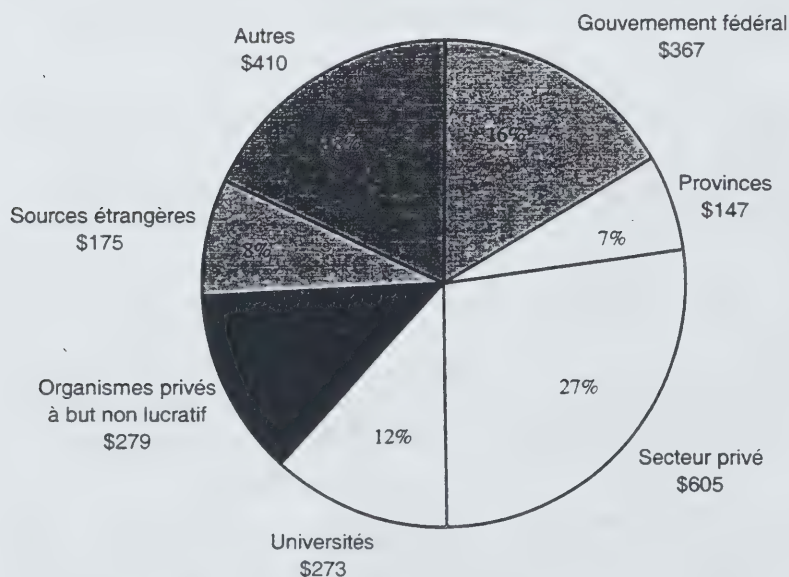
Source : Sonya Norris, Nancy Miller-Chenier et Odette Madore, *Financement fédéral de la recherche en santé*, Capsules d'information pour les parlementaires, 56F, Bibliothèque du Parlement, 11 décembre 2000.

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le financement de la recherche en santé au Canada. Le graphique 7.1 indique qu'en 1998, près de 350 millions de dollars fonds fédéraux y ont été affectés. C'était avant la création des ICRS. Cependant, la proportion des fonds de recherche provenant du gouvernement fédéral a diminué graduellement d'un sommet de 28 % en 1992 à 16 % en 1998. Depuis 1994, l'industrie pharmaceutique est la première source de fonds pour la recherche en santé. Le gouvernement fédéral estime que sa position subventionnaire s'améliorera grandement grâce à la mise sur pied des ICRS et à d'autres investissements annoncés dans le budget de février 2000 et dans l'énoncé économique et la mise à jour budgétaire d'octobre 2000. Le gouvernement fédéral a également accordé une subvention additionnelle de 140 millions de dollars en février 2001 à Génome Canada, ce qui porte son budget total à 300 millions de dollars.

L'ensemble du milieu de la recherche médicale a accueilli avec satisfaction cette infusion de fonds fédéraux. Ainsi, le D^r Barry D. McLennan, président de la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS), a affirmé ce qui suit :

Le gouvernement fédéral a fait sa part au cours des dernières années. Il a créé un nouvel organisme de financement moderne de la recherche en santé, lancé un vaste éventail de nouveaux programmes de financement à l'intention des chercheurs en santé, annoncé l'octroi de subventions pour les infrastructures pour faire en sorte que les établissements de recherche favorisent l'innovation, et élaboré des politiques de nature à attirer au Canada une recherche

GRAPHIQUE 7.1 SOURCES DE FONDS POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ AU CANADA, 1998
(TOTAL = 2,256 MILLARDS DE DOLLARS)



Source : Statistique Canada. "Estimates of Gross Expenditures on Research and Development in the Health Field in Canada, 1970 to 1998". Dans *Science Statistics*. Bulletin de service, vol. 23, no 4, juillet 1999.

et des chercheurs de calibre mondial. Toutes ces initiatives sont dignes d'éloges parce qu'elles

*témoignent d'une grande prévoyance et parce qu'elles ont donné un puissant élan à la recherche en santé au Canada*¹⁸⁴.

On a expliqué au Comité que, même si l'augmentation des fonds fédéraux représente un soutien important pour la recherche, il ne place pas pour autant le Canada en position favorable dans le monde. En 1997, le Canada ne consacrait que 1 % de ses dépenses totales en santé à la recherche médicale et figurait au sixième rang derrière la Grande-Bretagne (6,5 %), la France (3,7 %) le Japon (2,4 %) les États-Unis (1,7 %) et l'Australie (1,4 %). Cette année-là, le Canada occupait le cinquième rang parmi huit pays de l'OCDE pour les dépenses globales en recherche en santé, exprimées en PPA par habitant¹⁸⁵. En outre, la contribution du gouvernement central au financement de cette recherche, exprimée en PPA par habitant, était beaucoup plus forte aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en France et en Australie qu'au Canada. Ainsi, le gouvernement américain consacre quatre fois plus d'argent à la recherche en santé, par habitant, que le gouvernement canadien avant la création des IRSC.

Les témoins ont recommandé à l'unanimité que la contribution fédérale aux dépenses totales de recherche en santé passe de 0,5 % (niveau actuel) à 1 % des dépenses totales au titre des soins de santé. À leur avis, ce doublement rendrait la contribution fédérale plus conforme à celle des gouvernements centraux d'autres pays. Selon le Dr Allan Bernstein, président des IRSC, cet investissement de la part du gouvernement fédéral est essentiel si l'on veut conserver au secteur de la recherche son caractère dynamique, novateur et d'avant-garde :

Cependant, malgré l'accroissement considérable des fonds de recherche dans le budget de 1999, le Canada ne se compare pas favorablement à ses grands concurrents en termes de fonds que les organismes parrainés par l'État consacrent à la recherche en santé. À bien des égards, le Canada est simplement en train de rattraper la Grande-Bretagne, la France et les États-Unis, qui ont accru le financement de la recherche médicale de l'ordre de 30 à 50 % depuis dix ans. L'augmentation cumulative au Canada, même en tenant compte de la création des IRSC, est légèrement supérieure à 10 % pour la même période. Au cours du présent exercice, les instituts américains de la santé ont reçu cinq fois plus de fonds par habitant que l'ancien Conseil de recherches médicales (CRM) du Canada. Même après la réalisation complète des ICRS en 2002, on estime que les États-Unis consacreront jusqu'à quatre fois plus de fonds par habitant à la recherche médicale que le Canada.

Murray Elston, président, Rx&D, mémoire,, p. 7.

Dans 10 ou 20 ans, notre système de santé sera sans doute très différent de ce qu'il est aujourd'hui. Ces déplacements tectoniques profonds seront dans une large mesure l'oeuvre de la science. Le secteur des soins de santé est véritablement la plus importante industrie du savoir au Canada. Pour contribuer à cette révolution mondiale au nom de la santé et de la prospérité de tous les Canadiens, notre pays a besoin d'un système de soins de santé vigoureux, innovateur et fondé sur des données. Il a besoin d'une culture capable de s'adapter au changement, d'innover et d'insuffler le changement, une culture qui reconnaît et récompense l'excellence et la prise de décisions fondée sur des faits.

Dr Alan Bernstein, IRSC (9:10)

¹⁸⁴ M. McLennan, *L'amélioration du climat de la recherche en santé au Canada*, mémoire présenté au Comité, 9 mai 2001, p. 2.

¹⁸⁵ La conversion selon la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par habitant permet d'éliminer les disparités de prix entre pays et d'estimer les dépenses en fonction de la taille de la population.

*Les soins de santé représentent la plus importante industrie du savoir au Canada. Si j'étais PDG de Santé Canada inc. et que je vous disais que nous allons doubler nos dépenses de façon à consacrer 1 % de notre budget total à la recherche, vous me congédieriez sur-le-champ, du moins si vous faisiez partie du conseil d'administration. Vous me diriez qu'une proportion de 1 % est ridicule pour l'industrie du savoir. Malgré les problèmes qu'elle éprouve, la société Nortel et toutes les entreprises de haute technologie du pays consacrent 20 à 40 % de leurs revenus à la recherche. Quel autre moyen y a-t-il de demeurer à la fine pointe de la technologie?*¹⁸⁶

7.2 Génétique et génomique

Des témoins nous ont dit que la recherche en santé, au Canada et dans le monde, vit actuellement une révolution scientifique, alimentée par les progrès actuels en génétique et en génomique (voir tableau 7.3 pour certaines définitions).

De l'avis des témoins, la révolution de la recherche médicale peut être un moteur puissant de changement dans le système de soins de santé canadien :

- Ainsi, la recherche génétique offre de nouveaux moyens pour prévoir, des dizaines d'années d'avance, qui est vulnérable à une maladie donnée. Cette prévision est rendue possible par l'identification des gènes qui causent certaines maladies ou prédisposent un individu à l'avoir. Le D^r Bernstein a dit au Comité que nous avons déjà les moyens de prévoir entre 5 et 10 % de tous les cancers du sein et du colon, des cas de maladie d'Alzheimer et d'autres maladies moins courantes. Grâce au diagnostic précoce, qui conduit souvent à de meilleurs résultats à moindre coût, les experts de la recherche médicale prévoient que d'ici 10 à 20 ans, on verra s'opérer un virage dans la prestation des soins de santé, du traitement des maladies à la prévention.

¹⁸⁶ D^r Alan Bernstein (9:17).

TABEAU 7.3 LEXIQUE GÉNÉTIQUE DE BASE

Cellules humaines	Tous les organismes vivants sont composés d'une ou de plusieurs cellules. Ce sont les unités à partir desquelles sont constitués les tissus du corps. Le corps humain compte quelque 100 billions de cellules.
ADN	Abréviation d'acide désoxyribonucléique, bloc chimique constitutif des gènes.
Chromosome	Unité discrète du génome qui porte de nombreux gènes et se compose de protéines et d'une très longue molécule d'ADN enroulée en hélice. Les cellules humaines (à l'exception des cellules reproductrices et des globules rouges) portent 23 paires de chromosomes, un chromosome de chaque paire provenant de chaque parent génétique.
Gène	Unité du matériel héréditaire, fondement physique de la transmission des caractères des organismes vivants d'une génération à l'autre. Les gènes sont composés d'ADN et occupent une place précise sur le chromosome.
Génome	L'ensemble du matériel héréditaire ou génétique contenu dans une cellule, incluant à la fois l'ADN nucléaire et l'ADN mitochondrial. Le Projet du génome humain est l'ensemble des activités de R-D qui visent la cartographie et le séquençage de la totalité du génome humain.
Cellule souche	Cellule primitive indifférenciée apte à devenir n'importe quel type de cellule. Elle a été identifiée chez les embryons, les fœtus, les enfants et les adultes, mais les cellules souches embryonnaires seraient celles qui ont le plus grand potentiel de différenciation, en n'importe quel type de cellule ou de tissu.
Génétique	La génétique est l'étude des traits (gènes) qui sont transmis des parents aux enfants et de la variation de ces traits chez les individus.
Génomique	Étude des gènes et de leur rôle dans la structure de l'organisme, sa croissance, sa santé et ses maladies. La génomique est distincte de la génétique parce qu'elle reconnaît que la manifestation d'une maladie dépend rarement uniquement de la présence d'un seul gène. Plus souvent, la maladie fait intervenir plusieurs gènes, est parfois aggravée par l'absence d'un autre, et influencée par des facteurs environnementaux apparemment aléatoires qui sont difficiles à définir.
Biotechnologie	Technologie de la manipulation des organismes vivants afin d'obtenir des produits pour l'usage de l'homme. Dans le domaine de la santé et des soins, la biotechnologie sert à la surveillance des maladies, au diagnostic, au traitement et à la prévention. Elle permet d'identifier les agents pathogènes là où les moyens classiques ne le peuvent pas, permet de mieux suivre ces agents, facilite un dépistage plus précoce de la maladie et fournit des produits et des procédés thérapeutiques. La biotechnologie est également utilisée comme source de produits dans le secteur de la santé, et comme technologie dans les sciences médicales.

Source : Bibliothèque du Parlement. Adapté du National Human Genome Research Institute, National Institute of Health (U.S.), *Genetics – The Future of Medicine* (www.nhgri.nih.gov); Industrie Canada, *La biotechnologie internationale* (<http://strategis.ic.gc.ca/SSG/bo01376e.html>), et Kimball R. Nill, *Glossary of Biotechnology Terms*, (<http://biotechterms.org>).

- La découverte des mécanismes moléculaires qui président à la plupart des maladies développera nos connaissances en pathologie. Cela changera la façon de diagnostiquer et de traiter les maladies, ainsi que la conception des médicaments. Une génération nouvelle de médicaments, sans doute plus efficaces et présentant moins d'effets secondaires mais plus coûteux, sera conçue en fonction de la pathologie moléculaire. Ces changements auront beaucoup d'impact sur le système de soins de santé au Canada.
- La recherche génétique fera passer la médecine d'une approche générale à une approche personnalisée. À l'heure actuelle, les pratiques cliniques et les formulaires pharmaceutiques provinciaux postulent que la maladie est uniforme. Grâce aux progrès de la recherche, les soins pourront être adaptés au cas particulier du malade.

Nous savons déjà que le diagnostic précoce permet d'adopter une thérapie meilleure et moins coûteuse que toute autre qui pourrait être appliquée a posteriori. Si la génomique peut nous aider à identifier les conditions auxquelles nous sommes le plus vulnérables, alors il sera possible de prendre des mesures préventives très tôt. Ainsi, au cours des prochaines décennies, il est probable que la médecine passera du traitement de la maladie à des stratégies de prévention.

Dr McLennan, mémoire, p. 4.

- Les travaux concernant les cellules souches sont un autre exemple de l'impact potentiel de la recherche sur la santé et sur les soins. À l'heure actuelle, le milieu est plein d'espoir face aux possibilités des cellules souches, en particulier les cellules embryonnaires. On prévoit que ces travaux déboucheront sur des traitements de maladies graves comme celle de Parkinson et d'Alzheimer. On estime également que la technologie permettra de produire n'importe quel tissu ou organe à partir de ces cellules, à des fins de transplantation. La recherche récente a permis de reprogrammer des cellules souches indifférenciées pour qu'elles produisent de l'insuline, fonction assurée seulement par les cellules des îlots du pancréas. Si ce traitement devait faire ses preuves contre le diabète, il s'agirait d'une cure qui permettrait d'améliorer quantité de vies et d'économiser beaucoup en frais de traitement de la maladie primaire et de ses complications secondaires. Le gouvernement fédéral a dévoilé, dans ses projets sur la procréation assistée, un document législatif qui autoriserait la recherche sur l'embryon, notamment sur les cellules souches. Ces propositions, qui comprennent la réglementation de cette recherche, font présentement l'objet d'un examen de la part du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Les découvertes génétiques et génomiques soulèvent des questions d'ordre éthique, juridique et social. Comme le précise clairement le D^r Bernstein :

La possibilité de prévoir la maladie, des dizaines d'années d'avance, a des implications profondes quant à la façon dont nous percevons notre vie et prenons des décisions à son égard. Comment cette nouvelle information génétique influera-t-elle sur la décision d'avoir ou non des enfants, et sur ce que nous devrions leur dire? Que devraient-ils nous dire? Les

*employeurs et les agents d'assurance ont-ils le droit d'accéder à notre information génétique?*¹⁸⁷

Dans la même veine, Mme Elmslie fait remarquer ce qui suit :

*Nous assistons à des progrès récents dans le domaine des sciences et de la technologie, et ces progrès suscitent l'enthousiasme. Cependant, nous ne pouvons pas perdre de vue les enjeux sociaux et éthiques qu'ils soulèvent pour nous, à titre de société et de population. À titre d'exemple, la recherche qui nous fait avancer sur la voie de la génétique et de la génomique doit s'accompagner d'un vigoureux programme de recherche sur les aspects éthiques et sociaux de même que sur les répercussions de la recherche en question. L'objet d'un tel programme n'est pas d'empêcher la population de bénéficier des avantages de la recherche. Il consiste plutôt à déterminer les impacts de la recherche sur les valeurs chères à la société et les mécanismes que nous devons mettre en place pour que les Canadiens soient en mesure de comprendre les options qui s'offrent à eux et d'effectuer des choix éclairés*¹⁸⁸.

Pour ce qui est des cellules souches, la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé souligne dans son mémoire la nécessité de protéger les droits humains fondamentaux et met en garde contre les torts causés à long terme à la vie et à l'environnement. La Coalition propose un organe national de surveillance relevant des IRSC pour assurer l'examen éthique de toute recherche financée par l'État ou par le secteur privé qui fait appel à l'embryon humain ou au tissu fœtal, notamment la recherche sur les cellules souches embryonnaires. Un examen éthique complet devrait inclure celui du comité de déontologie local et de l'organe national de surveillance.

7.3 Retombées et défis de la recherche en santé

Les retombées de la recherche en santé sont importantes. La recherche en santé conduit à l'amélioration de la pharmacothérapie, du diagnostic et de la prévention, et à un traitement plus ciblé. Elle favorise la création d'emplois dans le domaine du savoir et contribue à endiguer l'exode des cerveaux. Le Comité s'est fait dire que la recherche en santé améliore la santé des Canadiens et leur bien-être économique :

La recherche en santé procure à la société des retombées énormes sur les plans économique, social et des soins de santé. Les emplois créés par ces investissements sont des emplois de grande qualité, bien rémunérés et qui font appel à la matière grise et procurent au Canada une reconnaissance mondiale. Ces investissements favorisent par ailleurs le renouvellement des établissements universitaires partout au pays. Ils aident à former de nouveaux professionnels aux plus récentes techniques et technologies et apportent un soutien important au système de soins de santé canadien. Enfin et surtout, les résultats de ces activités entraînent directement

¹⁸⁷ Dr Alan Bernstein, mémoire présenté au Comité, p. 5.

¹⁸⁸ Kimberly Elmslie, Santé Canada (9:24).

*une amélioration du traitement des patients, contribuant ainsi à une population en meilleure santé et plus productive.*¹⁸⁹

Le D^r Pat Armstrong, du Centre d'excellence pour la santé des femmes, a affirmé devant le Comité que la recherche en santé est importante pour la découverte de nouveaux traitements et pharmacothérapies, et qu'elle est essentielle pour façonner l'avenir du système de soins de santé au Canada et l'impact des changements sur les femmes, les hommes et les enfants dans leur contexte physique, économique, social et culturel particulier partout au pays. À son avis, il faudrait tenir compte des différences culturelles, sociales et physiques entre les sexes dans la recherche. À défaut de cela, elle sera partielle et au mieux très incomplète ;

Ainsi, il est de plus en plus clair que certaines interventions médicales dans les événements naturels de la vie des femmes, comme la grossesse, l'accouchement et la ménopause, sont coûteuses et inutiles. D'autres sujets importants, comme l'étendue et l'impact de la violence et du stress sur la santé des femmes, ont été minimisés ou mis de côté.

*Les femmes sont souvent sous-représentées dans les essais cliniques des traitements et des médicaments nouveaux. Cela est vrai même quand le produit ou la thérapie à l'étude est destiné à traiter des états comme la maladie cardiaque, première source de décès chez les Canadiennes. Les nouvelles thérapies sont souvent approuvées sans qu'on ait bien compris l'effet différent qu'elles ont sur les femmes et sur les hommes*¹⁹⁰.

Mme Elmslie a dit au Comité que : « La recherche est un outil important, mais l'outil ne vaut guère plus que l'utilisation qu'on en fait. Sans investir dans le transfert de connaissances (...), nous risquons de rater l'occasion qui nous est donnée de produire des résultats positifs sur la santé de la population¹⁹¹ ». Les résultats de la recherche en santé doivent être mis à la disposition des décideurs, des soignants et du public.

Le D^r Bernstein a dit au Comité que les IRSC réaliseront un projet polyvalent de vulgarisation du savoir. Il a expliqué qu'un site Web appelé Research Net sera mis à la disposition de tous les Canadiens, qu'ils soient chercheurs, soignants, malades ou autres. Le site contiendra de l'information pour tout le monde : élèves de sixième année effectuant une recherche en médecine; médecins qui veulent connaître les dernières nouveautés; chercheurs qui veulent savoir comment présenter une demande de fonds; décideurs de tous les coins du pays qui veulent se renseigner sur les dernières décisions fondées sur des faits pour faire leur travail. Le site devrait être prêt à la fin de 2002.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) se consacre au transfert du savoir. Cet organisme à but non lucratif, créé grâce à des fonds fédéraux, a pour mission de parrainer et de promouvoir la recherche appliquée sur le système de soins de santé afin d'améliorer sa qualité et sa pertinence, et de faciliter aux décideurs et aux gestionnaires les

¹⁸⁹ D^r McLennan, mémoire présenté au Comité, p. 2.

¹⁹⁰ Centre d'excellence pour la santé des femmes, mémoire présenté au Comité, p. 2.

¹⁹¹ Mme Elmslie (9:23).

décisions fondées sur des faits. L'ICIS est une autre entité qui fournit des données à l'appui des décisions.

Pour ce qui est du manque d'information destinée au grand public, Murray J. Elston, président de Rx&D, a affirmé devant le Comité ce qui suit :

La question de la sensibilité et de l'éducation du public est également très importante. Voilà un domaine dont le public connaît bien l'existence, mais dans lequel il n'est pas nécessairement bien informé. Aujourd'hui, les inquiétudes entourant la recherche génétique en médecine, le clonage animal, la recherche sur l'embryon et les aliments génétiquement modifiés se mélangent dans la conscience du public. Il est essentiel que la compréhension du public s'accroisse, afin que le rôle de la génétique en recherche médicale soit dissocié du sensationnalisme des manchettes de journaux¹⁹².

Un autre obstacle important dans le domaine de la recherche en santé, c'est la capacité limitée de formation. Le Comité s'est fait dire que les centres universitaires sont actuellement sous-financés et incapables de contribuer au succès du Canada pour ce qui est du développement d'un secteur de recherche en santé concurrentiel dans le monde. Ainsi, certaines facultés de médecine et certains centres universitaires de santé des provinces de l'Atlantique et des Prairies manquent de capacités pour maintenir et alimenter leur croissance. Le D^r McLennan a dit au Comité :

Étant donné le nombre insuffisant de professeurs cliniciens bien formés et doués dans bon nombre de spécialités partout au pays, les provinces aux coffres bien garnis peuvent offrir des salaires et des ressources alléchants à ces professeurs, les incitant ainsi à quitter les centres sous-financés. Les provinces moins riches se trouvent alors devant un double problème : l'incapacité de recruter des professeurs pour remplacer ceux qui sont partis et l'accroissement du stress et de la charge de travail pour ceux qui restent. Cette situation a pour effet de réduire le temps consacré à l'enseignement et à la recherche, ce qui finit par amener les professeurs qui restaient à chercher de meilleurs débouchés auprès de centres mieux financés. Cette concurrence interne pour les candidats talentueux est nuisible. Il s'agit d'un problème urgent sur lequel le gouvernement fédéral doit se pencher sans tarder.¹⁹³

7.4 Commentaires du Comité

Le Comité reconnaît que le gouvernement fédéral a, ces dernières années, contribué à renforcer et à mieux intégrer l'infrastructure de recherche en santé. En particulier, la création des IRSC en avril 2000, modèle unique dans le monde, est un élément indispensable pour que le Canada soit à la fine pointe de l'économie du savoir.

Le Comité convient également avec les témoins que le Canada a besoin d'un secteur de la recherche en santé qui soit vigoureux, intégré et productif. Cependant, les données de l'OCDE

¹⁹² Murray J. Elston, mémoire présenté au Comité, 9 mai 2001, p. 4.

¹⁹³ D^r McLennan, mémoire présenté au Comité, p. 6.

indiquent clairement que notre pays se compare défavorablement à ses grands concurrents en termes de financement public de cette recherche. Le rôle du gouvernement central, en financement de la recherche en santé, est beaucoup plus considérable dans de nombreux pays qu'au Canada. Il est impérieux que le gouvernement fédéral corrige ce problème.

La recherche et l'innovation en santé seront de puissants moteurs de changement dans le système de soins de santé du Canada au cours des prochaines années. Les connaissances issues de la recherche se traduisent directement en améliorations du diagnostic, du traitement, de la guérison et de la prévention de nombreuses maladies. Les investissements stratégiques fédéraux - FCI, FCRSS, IRSC, Génome Canada, Chaires de recherche du Canada - ont aujourd'hui de grandes retombées pour notre système de santé de demain.

Nous convenons également que les progrès rapides de la génétique et de la génomique révolutionneront la prestation des soins. Cela souligne la nécessité de la recherche multidisciplinaire qui examinera les coûts et les avantages pour la société, les considérations déontologiques et l'impact secondaire potentiel des progrès dans ces deux disciplines.

Le Comité est également d'accord avec les témoins au sujet du transfert du savoir généré par la recherche. La diffusion des résultats de la recherche en santé devrait atteindre tout le monde : fonctionnaires, décideurs, soignants et grand public. À notre avis, cela permettra d'améliorer considérablement les décisions fondées sur des faits en matière de santé et de soins de santé, et ce, pour le plus grand bien de tous les Canadiens.

CHAPITRE HUIT

INFORMATION SUR LA SANTÉ : UNE INFOSTRUCTURE CANADIENNE DE LA SANTÉ

La santé et les soins de santé sont, et ont toujours été, deux domaines liés de près à l'information. Un fournisseur de soins de santé qui dispose de la bonne information peut fournir le bon traitement, prescrire le meilleur médicament ou recommander la meilleure conduite préventive. Le particulier qui dispose de la bonne information est mieux en mesure de prendre les bonnes décisions concernant sa santé et son mode de vie. Les responsables et les gestionnaires des programmes de santé qui disposent de la bonne information peuvent utiliser les ressources financières, matérielles et humaines de la manière la plus efficace et la plus économique.

Obtenir la bonne information n'est toutefois pas chose facile. Ainsi, le Comité a appris qu'il faudrait que les médecins lisent 19 articles scientifiques par jour, 365 jours par année, pour simplement se tenir au courant des progrès réalisés en médecine¹⁹⁴. Il est évidemment presque impossible de se tenir au fait d'une telle somme d'information. Par ailleurs, les particuliers et les malades sont confrontés à une abondance d'information sur la santé : le public aurait accès à 40 000 sites Web sur la santé¹⁹⁵. Il leur est donc très difficile de distinguer entre bonne et mauvaise information.

Pourtant, malgré la somme d'information disponible, il nous reste beaucoup à apprendre sur la santé et les soins de santé. Selon des témoins, cela tient essentiellement au manque d'intégration du système canadien de santé : médecins et fournisseurs de soins de santé, hôpitaux, laboratoires et pharmacies, tous fonctionnent isolément, disposant de liens limités pour échanger de l'information sur les malades. Même si chacun possède beaucoup de renseignements actuels, pertinents et utiles sur la santé des particuliers, cette information n'est pas normalisée, elle est conservée selon des méthodes disparates et il est donc difficile de la partager. Ce manque d'intégration empêche l'établissement d'un lien direct entre les intrants que nous utilisons dans le système de soins de santé et les extrants ou résultats. Cela constitue un obstacle majeur pour les gestionnaires et les responsables des programmes de santé quand il s'agit de prendre des décisions basées sur les résultats.

À mon avis, nous sommes très bons pour créer des données dans le système, plutôt médiocres pour les transformer en information, assez nuls pour les convertir en savoir, et encore plus pitoyables pour partager ce savoir. Ce n'est pas faute de bonne volonté. C'est parce que chacun est tellement pris par ce qu'il fait qu'il est difficile de prendre du recul pour avoir une vision vraiment large.

*William J. Pascal, directeur général, BSI,
Santé Canada (12:6).*

Le Comité a appris qu'on pourrait améliorer grandement la disponibilité, l'accessibilité et le partage de la « bonne information » sur la santé et les soins de santé si on faisait intervenir la technologie de l'information et des communications (TIC). Selon bien des témoins, le

¹⁹⁴ William J. Pascal, Bureau de la santé et de l'infrastructure (Santé Canada), *A Health Infrastructure for Canada*, mémoire présenté au Comité, 10 mai 2001, p. 1.

¹⁹⁵ Dr Jill Sanders, OCCETS (5:16).

secteur de la santé est nettement en retard sur les autres secteurs axés sur l'information — tels les banques, les compagnies d'assurance et les transporteurs aériens — pour ce qui est d'investir dans la TIC afin de recueillir, de gérer et d'analyser des données. Le Dr John S. Millar, vice-président de la Recherche et de l'analyse à l'Institut canadien d'information sur la santé, a qualifié le système canadien de soins de santé d'« industrie artisanale » :

*Les hôpitaux, les organismes et les professionnels de la santé sont habitués depuis longtemps à fonctionner (...) comme une « industrie artisanale », en s'occupant d'eux-mêmes et de leurs propres normes de qualité, mais sans vouloir en parler publiquement. Il faut insister davantage pour que ce secteur rende des comptes et informe les consommateurs qui (...) sont très mal renseignés dans l'ensemble.*¹⁹⁶

Dans la même veine, David Cowperthwaite, directeur des Systèmes d'information au ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick, a déclaré ceci :

*Quels que soient les critères, et qu'il s'agisse du secteur privé ou du secteur public, nous sommes loin d'un niveau d'investissement suffisant dans l'infrastructure des services de santé. Nous ne respectons pas les normes de saine gestion du gouvernement, par comparaison avec d'autres programmes, et nous sommes certes loin des normes du privé en ce qui touche les secteurs à forte densité d'information.*¹⁹⁷

8.1 Notions et définitions

L'utilisation de la TIC dans le domaine des soins de santé est souvent appelée « télésanté ». L'objet de la télésanté est double : partager l'information sur la santé entre les divers fournisseurs et établissements de soins de santé, et fournir des services de santé sur de courtes et grandes distances. Les applications de la télésanté peuvent améliorer la qualité des soins et la gestion du système de santé.

Ce que les technologies de l'information et des communications (TIC) ont à offrir au secteur de la santé, c'est un accès en temps opportun à la plupart des renseignements courants là où on en a besoin et au moment où en ont besoin ceux qui doivent agir. [Traduction]

William J. Pascal, BIS, mémoire, p. 3.

Le Dr Robert Filler, président de la Société canadienne de télésanté (SCT), a dit au Comité qu'il y a cinq composantes de base en télésanté : le dossier de santé électronique (DSE), les réseaux d'information sur la santé, la télémedecine, les télésoins à domicile, l'éducation et la formation permanente à distance. Chacune de ces composantes est décrite brièvement au tableau 8.1.

Les applications de la télésanté qui sont envisagées au Canada aux fins du partage de la bonne information et de l'intégration des services de santé se composent d'un système de DSE et d'un système Internet d'information sur la santé :

¹⁹⁶ Dr John S. Millar, ICIS (12:13).

¹⁹⁷ David Cowperthwaite, directeur, Systèmes d'information, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Le point de vue d'une province sur l'information en matière de santé*, mémoire présenté au Comité, 10 mai 2001, p. 1.

- Les DSE reposent sur le dossier électronique du patient (DEP), qui contient les résultats d'une série de rencontres entre un particulier et un fournisseur de soins de santé. Le DSE réunit tous les dossiers électroniques de cette personne et renferme des données provenant de toutes les sources : fournisseurs de soins de santé (médecins, hôpitaux, services communautaires et à domicile, etc.), et systèmes d'approvisionnement et de soutien (pharmacies, laboratoires, etc.). Tout fournisseur de soins de santé, où qu'il se trouve, peut consulter au besoin le système de DSE, qui consiste à relier des bases de données interopérables qui satisfont aux normes régissant les données et les exigences techniques.

TABLEAU 8.1

APPLICATIONS DE LA TÉLÉSANTÉ	
Dossier de santé électronique (DSE)	Le système de DSE est un réseau informatique tenu par les fournisseurs de soins et contient les dossiers de santé complets des patients : visites chez le médecin, séjours à l'hôpital, médicaments d'ordonnance, essais de laboratoire, etc.
Réseaux d'information sur la santé	Ces réseaux renvoient à de l'information en santé sur Internet qui permet à chacun de faire des choix éclairés concernant sa santé et son bien-être, son système de soins de santé et les politiques en matière de soins de santé.
Télémédecine	La télémédecine fait intervenir du matériel de vidéoconférence pour offrir des services de santé à distance. Les vidéoconférences sont diffusées sur une bande relativement large, en direct et en mode interactif. Une large bande permet de transmettre simultanément des émissions de télévision, des communications parlées, des données et bien d'autres services.
Télésoins à domicile	Par télésoins à domicile on entend l'utilisation de la TIC par un établissement de soins de santé pour fournir et gérer des soins de santé au domicile d'un malade. Les services comprennent des centres téléphoniques de triage et le télémonitorage.
Éducation et formation permanentes à distance	On utilise aussi du matériel de vidéoconférence pour offrir des services d'éducation et de formation permanentes. Ces services s'adressent particulièrement aux fournisseurs de soins de santé des régions éloignées.

Source : *Glossaire*, site Web du BSI (http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/menu_f.html) et Bibliothèque du Parlement.

- Un réseau d'information en santé sur Internet est un réseau qui permet à chacun de faire des choix éclairés concernant sa santé et son bien-être, ses soins de santé et les politiques en matière de santé. L'information en santé à l'intention du grand

public pourrait comprendre, par exemple : (1) de l'information générale sur la santé (promotion de la santé et prévention de la maladie); (2) de l'information sur les possibilités de traitement et les médicaments, et sur la gestion des maladies (hypertension artérielle, diabète, obésité, etc.); (3) de l'information sur les questions de santé publique (qualité de l'air, de l'eau, des aliments, etc.); (4) de l'information sur les effets des déterminants de la santé; (5) de l'information sur les politiques en matière de santé et de soins de santé des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et étrangers; (6) des données sur l'incidence des politiques publiques sur la santé; (7) des données comptables (telles des fiches de rendement sur les services de santé et les fournisseurs).

Les applications de la télésanté permettent non seulement d'améliorer le partage de la bonne information, mais aussi d'offrir des soins sur des distances courtes et longues. Ainsi, au Canada, la « télémedecine » est utilisée en téléconsultation, téléradiologie, télépsychiatrie, télépathologie, télédermatologie et télécardiologie. De même, les télésoins à domicile permettent aux gens d'obtenir des renseignements médicaux 24 heures sur 24 en téléphonant à une infirmière dans un centre d'appels pour savoir si leur état exige une attention médicale immédiate.

Le D^r Feller a indiqué au Comité que les cinq grands secteurs d'application de la télésanté sont des domaines en soi, mais qu'ils doivent interagir pour créer un système technologique homogène qui permettra de fournir la bonne information au bon moment et au bon endroit. Il a souligné que le DSE est le noyau qui relie tous les éléments ensemble.

8.2 Initiatives provinciales et fédérales en matière d'infrastructure nationale de la santé

La télésanté est le fondement de ce que bien des Canadiens appellent l'infrastructure de l'information sur la santé ou « infrastructure de la santé »¹⁹⁸. Diverses composantes d'une infrastructure de la santé sont en voie d'être mises en œuvre à tous les paliers de gouvernement :

- Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a mis sur pied le HealthNet/BC, un réseau électronique qui relie presque tous les hôpitaux, organismes et administrations sanitaires de la province.
- À Terre-Neuve, le gouvernement lance la première de huit étapes de mise en œuvre en cinq ans d'un système de DSE qui permettra l'échange d'information entre les conseils de santé, les fournisseurs de soins de santé et le ministère provincial de la Santé.
- En Saskatchewan, le Saskatchewan Health Information Network (SHIN) relie entre eux tous les fournisseurs de soins de santé et tous les établissements de santé de la province.
- La Nouvelle-Écosse a mis sur pied un des réseaux de télémedecine les plus complets et les plus dynamiques du Canada, qui relie 42 établissements de santé de la province. Quelque 53 systèmes de vidéoconférence offrent des services

¹⁹⁸ Les notions d'infrastructure de la santé et d'autoroute de l'information en santé sont équivalentes.

d'éducation et de consultations médicales. Il y a 36 stations d'émission en téléradiologie et 11 stations de lecture.

- Le ministère de la Santé du Québec a mis en place les Réseaux de télécommunications sociosanitaires (RTSS), qui permettent aux établissements de santé d'échanger de l'information clinique et administrative en toute sécurité.
- Le We//net de l'Alberta offrira bientôt un service téléphonique continu de triage pour conseiller les gens sur la meilleure façon de traiter des troubles mineurs ou leur indiquer où obtenir le bon traitement.
- Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, offre des services de télémedecine dans cinq collectivités des Premières nations situées dans des provinces différentes (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Québec).
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), organisme national autonome à but non lucratif fondé en 1994, fait un excellent travail de collecte et d'analyse des données disponibles sur la santé des Canadiens et sur l'état du système canadien de soins de santé.

Ces initiatives en sont toutes à différents stades. De plus, elles sont isolées au sein des organismes, institutions et provinces, et sont vues comme « une mosaïque de projets isolés, dont la valeur serait beaucoup plus grande s'ils faisaient partie d'un tout cohérent »¹⁹⁹. Le grand hic, c'est comment relier ensemble toutes ces infrastructures. C'est là tout un défi que d'intégrer 14 administrations (10 provinces, trois territoires et le gouvernement fédéral). Voilà pour le moins une

Les différentes initiatives [provinciales et territoriales] visant à bâtir des systèmes d'information sur la santé constituent la base d'une infrastructure nationale de la santé. Dans chaque cas, il faut relever les mêmes défis et trouver des solutions à des problèmes semblables. La responsabilité des provinces et des territoires en matière de gestion et de prestation des services de santé en fait des acteurs de premier plan sur la scène de l'information sur la santé, mais les oblige également à examiner leurs propres besoins et à mettre en place des mécanismes pour y répondre. Pas étonnant alors que le besoin d'établir des liens entre les administrations n'est pas à l'avant-plan de leurs préoccupations. [Traduction]

William J. Pascal, BSI, mémoire, p. 6.

entreprise longue, coûteuse et ambitieuse qui prendra des années avant de voir le jour. Selon la plupart des experts, il est cependant essentiel de mener cette tâche à bien si nous voulons réunir de l'information pertinente sur la santé des Canadiens, sur l'état de notre système de soins de santé et sur l'efficacité et l'efficience de la prestation et de la répartition des services de santé, et, ce qui est le plus important, si nous voulons améliorer la qualité des soins offerts aux Canadiens, surtout ceux qui vivent dans les régions rurales ou éloignées²⁰⁰.

Le gouvernement fédéral veut se faire le champion du développement d'une infrastructure canadienne de la santé qu'il définit comme « un réseau intégré de réseaux d'ordinateurs et de communications qui relie virtuellement l'infrastructure physique, les professionnels de la santé,

¹⁹⁹ Rapport de la Conférence nationale sur l'infrastructure de la santé, février 1998, p. 19.

²⁰⁰ Michel Léger, *L'infrastructure canadienne de la santé : Un lien essentiel avec l'avenir*, mai 2000.

les établissements, les collectivités et les patients dans le but d'améliorer la prestation des soins et le partage des connaissances sur la santé et, en définitive, d'améliorer la santé des Canadiens »²⁰¹. Ce qu'on envisage comme infostructure canadienne de la santé, ce n'est pas une structure monolithique massive, mais un réseau de réseaux, qui met à profit les initiatives déjà en place ou en préparation aux niveaux fédéral, provincial et territorial.

Comme l'indique le tableau 8.2, bien des rapports proposent la mise en place d'une infrastructure nationale d'information sur la santé et insistent sur la nécessité d'un leadership fédéral et d'une vision nationale cohérente concernant l'infostructure de la santé. Le gouvernement fédéral contribue financièrement à l'infostructure canadienne de la santé depuis 1997. Le Bureau de la santé et de l'infostructure (BSI), créé à Santé Canada au cours de l'été 1997, est le foyer de toutes les questions concernant l'utilisation de la TIC dans le domaine de la santé et des soins de santé.

TABLEAU 8.2 INFOSTRUCTURE CANADIENNE DE LA SANTÉ, CHRONOLOGIE DES INITIATIVES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Avril 1994	Le gouvernement fédéral charge le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information d'étudier comment il convient d'aménager et d'utiliser l'autoroute de l'information pour le plus grand bénéfice économique, culturel et social de tous les Canadiens.
Octobre 1994	Le premier ministre du Canada institue le Forum national sur la santé pour proposer au gouvernement fédéral des moyens novateurs d'améliorer le système de soins de santé.
Septembre 1995	Le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information publie son rapport intitulé <i>Contact, communauté, contenu : Le défi de l'autoroute de l'information</i> . Dans une de ses 300 recommandations, il propose la création d'un comité consultatif ayant pour mandat d'identifier de nouvelles applications de la technologie de l'information pour le secteur des soins de santé en particulier.
Février 1997	Dans son rapport final intitulé <i>La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier</i> , le Forum national sur la santé recommande que le ministre fédéral de la Santé assume un rôle de chef de file dans la mise sur pied d'un système national d'information sur la santé. Ce système constituerait la pierre d'assise d'un système de soins de santé « basé sur les résultats ».
Février 1997	Le budget de 1997 prévoit le versement de 50 millions de dollars sur trois ans pour un Système canadien d'information sur la santé.
Août 1997	Le ministre fédéral de la Santé crée le Conseil consultatif de l'information sur la santé pour lui proposer une stratégie nationale d'établissement d'une infostructure canadienne de la santé.
Août 1997	Le gouvernement fédéral crée le Bureau de la santé et de l'infostructure (BSI) pour l'aider à étudier les dossiers nouveaux et en cours et à élaborer une stratégie à long terme concernant l'infostructure canadienne de la santé. Le BSI est maintenant le foyer

²⁰¹ Bureau de la santé et de l'infostructure (Santé Canada), *L'intégration virtuelle pour une amélioration de la santé : Du concept à la réalité*, septembre 1998, p. 1.

	fédéral de toutes les activités concernant l'infrastructure de la santé.
Septembre 1997	Le Réseau canadien pour l'avancement de la recherche, de l'industrie et de l'enseignement (aujourd'hui CANARIE inc. — Le fer de lance de l'Internet évolué au Canada) publie un document intitulé <i>Vers une inforoute Santé canadienne : Vision, possibilités et mesures à prendre</i> . Selon ce document, l'inforoute Santé canadienne sera un « centre d'information » virtuel ouvert et accessible qui, tout en garantissant la confidentialité, aidera les professionnels de la santé et les patients, les chercheurs et les responsables des politiques, à prendre des décisions.
Février 1998	Santé Canada parraine une Conférence nationale sur l'infrastructure de la santé, d'une durée de deux jours, pour étudier les obstacles à l'application de la gestion de l'information et de la technologie de l'information dans le système de soins de santé canadien. Les participants insistent sur la nécessité d'un consensus au sujet de la vision de l'infrastructure canadienne de la santé et demandent que Santé Canada joue un rôle de chef de file pour rallier tous les intervenants.
Mars 1998	Santé Canada lance le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé. Il s'agit d'un programme à frais partagés de financement de projets pilotes faisant intervenir de nouvelles technologies de l'information et leurs applications dans des domaines tels que la santé publique, la surveillance de la santé, l'assurance-médicaments, la santé des Premières nations, les soins à domicile et la télésanté.
Février 1999	Le Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé publie son rapport final, <i>Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé</i> . Il affirme que l'aménagement d'une autoroute nationale de l'information sur la santé pourrait améliorer grandement la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé dans l'ensemble du secteur des soins au Canada. Le Conseil énonce quatre objectifs : élaborer une vision canadienne d'une infrastructure de la santé et déterminer les besoins essentiels auxquels elle devrait répondre; établir un plan d'action fédéral pour la mise en place des composantes essentielles de l'infrastructure; proposer des mécanismes de collaboration afin de parvenir à un consensus national pour la création d'une infrastructure de la santé intégrée; cerner les problèmes à résoudre, les défis à relever et les obstacles à surmonter pour garantir l'utilisation efficace de la technologie de l'information et de la communication, en vue de recommander des solutions.
Février 1999	Le budget de 1999 prévoit de consacrer 328 millions de dollars au développement des systèmes d'information sur la santé au Canada (Réseau canadien de la santé, Réseau national de surveillance de la santé, Système fédéral de responsabilité, et une subvention de 95 millions de dollars à l'ICIS) et 190 millions de dollars au Système d'information sur la santé des Premières nations.
Juin 1999	Les sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé forment un Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé composé de groupes de travail chargés d'examiner les grandes questions concernant la mise en place et en œuvre de l'infrastructure canadienne de la santé.

Octobre 1999	Le Comité consultatif des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux sur l'infrastructure de la santé publie un plan directeur stratégique visant à déterminer les composantes technologiques nécessaires à la réalisation d'une infrastructure nationale de la santé cohérente. Dans son rapport intitulé <i>Plan directeur et plan tactique pour l'infrastructure nationale de la santé</i> , le Comité souligne que l'infrastructure canadienne de la santé doit être fondée sur les valeurs suivantes : renforcement du régime d'assurance-santé, protection des renseignements personnels sur la santé, inclusion de tous les intervenants, responsabilité personnelle et collective.
Novembre 1999	Le gouvernement fédéral lance trois initiatives : le Réseau canadien de la santé; l'Infostructure nationale de surveillance de la santé; le Système d'information sur la santé des Premières nations.
Février 2000	Le budget 2000 prévoit le versement de 366 millions de dollars sur quatre ans au titre de l'information sur la santé et des technologies de l'information.
Juin 2000	Santé Canada lance le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS). Il s'agit d'un programme d'encouragement à frais partagés de 80 millions de dollars répartis sur deux ans, qui vise à appuyer la mise en œuvre d'applications innovatrices de la TIC en matière de soins de santé (notamment la télésanté et les dossiers de santé électroniques). La date limite de présentation des demandes est le 31 août 2000.
Octobre 2000	Le gouvernement fédéral adopte le projet de loi C-45, <i>Loi sur le financement des soins de santé ainsi que du développement de la petite enfance et d'autres services sociaux au Canada</i> . La Loi prévoit le versement de 500 millions de dollars en 2001-2002 pour définir et faire adopter des normes nationales d'information sur la santé et assurer la compatibilité des techniques de communication en santé.

Source : Information tirée du site Web de Santé Canada et résumée par la Bibliothèque du Parlement.

Les provinces et les territoires veulent aussi participer au développement de l'infrastructure canadienne de la santé. Le 11 septembre 2000, les premiers ministres ont convenu de travailler ensemble pour : (1) renforcer une infrastructure de la santé à l'échelle du Canada qui améliorera la qualité, l'accès et l'opportunité des soins de santé pour les Canadiens; (2) développer les dossiers de santé électroniques et utiliser davantage leurs technologies, comme la télésanté, au cours des prochaines années; (3) collaborer afin de définir des normes relatives aux données communes pour assurer la compatibilité des réseaux d'information sur la santé; (4) assurer la stricte protection de la confidentialité et de la sécurité des renseignements personnels sur la santé; (5) faire rapport régulièrement aux Canadiens sur leur état de santé, sur les résultats en matière de santé, sur le rendement des services de santé financés par les fonds publics²⁰². Pour donner suite aux ententes conclues par les premiers ministres, le gouvernement du Canada s'est engagé à investir 500 millions de dollars afin d'accélérer l'adoption de technologies de l'information modernes permettant d'offrir de meilleurs services de santé²⁰³. Le Comité a appris que ces fonds seront investis dans un organisme

²⁰² Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, communiqué, 11 septembre 2000.

²⁰³ Réunion des premiers ministres, *Engagement du gouvernement du Canada en matière de financement*, communiqué, 11 septembre 2000.

à but non lucratif, appelé Inforoute Santé du Canada Inc., qui collaborera avec les provinces et les territoires à la production des composantes communes essentielles d'un DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Il s'agira d'un pas important vers la pleine intégration des infrastructures de la santé qui sont en voie d'être mises sur pied.

Les témoins ont salué cette collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Ainsi, David Cowperthwaite a déclaré au Comité :

Nous bénéficions en ce moment d'un mouvement de collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, ainsi qu'entre les provinces et les territoires. Cette attitude coopérative est une excellente occasion à saisir pour développer l'infrastructure de la santé de manière plus rentable que chacune des parties ne pourrait le faire seule.

Cet élan de collaboration s'explique en partie par une authentique volonté de faire le meilleur travail possible en tirant partie des ressources disponibles. Il y a aussi un autre facteur important qui stimule la coopération : une sorte de désespoir. Dans les provinces et les territoires, les besoins en matière d'infrastructure sont considérables, et les ressources disponibles pour y répondre font cruellement défaut. D'où une volonté de collaborer, fut-elle quelque peu contrainte. Cette situation ouvre des possibilités de changement dont nous devons profiter.²⁰⁴

Le Comité est d'accord avec les témoins qui disent que le gouvernement fédéral a un rôle précis à jouer dans le domaine de l'information sur la santé :

Les provinces, les territoires et les autres intervenants conviennent presque unanimement que le gouvernement fédéral devrait favoriser la collaboration dans ce domaine. En effet, sans un effort fédéral pour assurer la compatibilité entre ces initiatives en matière d'information sur la santé, il y aurait eu très peu d'échanges entre les administrations, et les dépenses de tous les ordres de gouvernement au sein de leurs administrations respectives pourraient être beaucoup moins productives.²⁰⁵ [Traduction]

Les investissements fédéraux pourraient également contribuer à réduire les disparités actuelles entre provinces et territoires dans le domaine de l'information sur la santé. Toutefois, le Comité a appris que les programmes fédéraux actuels pourraient avoir pour effet d'accentuer les disparités. Par exemple, le PPICS fédéral exige un financement de contrepartie du participant. Les besoins relatifs d'amélioration des services et les lacunes relatives des services de santé d'une région à l'autre n'ont pas été pris en compte dans le choix des projets. Selon Cowperthwaite, les régions riches ont obtenu plus d'argent et les régions pauvres n'ont pu participer au programme. Il a fait remarquer qu'il est trop tard pour modifier le programme, mais le gouvernement fédéral devrait s'assurer que la Stratégie d'investissement d'Inforoute Santé du Canada Inc. devrait différer de celle du PPICS. Il faudrait mettre l'accent sur les projets dans les régions les plus nécessiteuses, sur la volonté d'agir et sur la volonté de modifier le système.

²⁰⁴ David Cowperthwaite, mémoire présenté au Comité, p. 1.

²⁰⁵ William J. Pascal, BSI, mémoire présenté au Comité, p. 7.

8.3 Coûts et avantages

La mise en œuvre et le déploiement de l'infrastructure nationale de la santé est une entreprise coûteuse qui met en cause un grand nombre de patients, de fournisseurs et d'établissements de soins de santé. Ainsi :

- Plus de 800 hôpitaux au pays offrent 132 000 lits d'hospitalisation;
- Environ 28 000 médecins de famille et 27 000 spécialistes prodiguent des soins;
- Quelque 228 000 infirmières autorisées travaillent dans le système de soins de santé.

Vu la complexité de notre système de soins de santé et la diversité des intervenants, il est difficile d'évaluer le coût total du déploiement d'une infrastructure nationale de la santé. William J. Pascal a avancé la somme de 6 à 10 milliards de dollars :

[...] sur une période de sept à huit ans, si on se fonde sur certaines dépenses actuelles de mise en œuvre et d'exploitation des systèmes d'information dans différents contextes, la mise en œuvre complète devrait coûter quelque 6 à 10 milliards de dollars. Le niveau réel d'investissement requis dépendra des décisions prises concernant des facteurs tels que le taux de remplacement des systèmes en usage dans le secteur de la santé ou le type de lien requis — à bande étroite ou large — et notre succès pour réunir les ressources nécessaires. Cependant, il est clair que le prix à payer sera élevé pour tous les intervenants, et il ne faudrait pas sous-estimer l'ampleur de la tâche qui nous attend.²⁰⁶ [Traduction]

Quoi qu'il en soit, un vaste consensus ressort : les avantages d'une infrastructure nationale de la santé seront nombreux²⁰⁷.

- L'infrastructure de la santé permettra de dispenser des soins médicaux efficaces au domicile des patients et dans les régions rurales isolées. Elle améliorera en outre l'accessibilité des soins spécialisés. Les patients pourront effectuer des tests spécialisés à domicile et transmettre par l'entremise de réseaux de télécommunication les données captées par des détecteurs électroniques. À la suite d'une chirurgie, ils porteraient par exemple un capteur sans fil qui transmettrait continuellement de l'information sur leur état au bureau de leur médecin. De là, un ordinateur analyserait constamment l'information et préviendrait le médecin de toute anomalie décelée. À l'aide de liens télé médicaux dotés de capacités audio et vidéo bidirectionnelles, les grands centres médicaux seront reliés à des généralistes et à des infirmiers de première ligne établis dans les collectivités éloignées et les aideront à poser le bon diagnostic et à prescrire le traitement approprié aux patients.

²⁰⁶ William J. Pascal, OHIH, mémoire présenté au Comité, p. 8.

²⁰⁷ BSI (Santé Canada), *L'intégration virtuelle pour une amélioration de la santé : Du concept à la réalité*, septembre 1998.

- On améliorera de beaucoup la qualité des soins médicaux en fournissant de l'information fiable aux médecins, en leur communiquant les données nationales sur les résultats des traitements ainsi que davantage d'information sur l'efficacité du traitement antérieur d'un patient. Le dossier transmis aux professionnels de la santé leur fournira non seulement de l'information descriptive, mais également les résultats de la plupart des radiographies, des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et des analyses biochimiques détaillées subies par le patient. Ces renseignements sauront certes sauver des vies en cas d'urgence, lorsque la survie du patient est une question de minutes et repose sur la disponibilité de données essentielles (par exemple, type sanguin ou allergies connues).
- Une infrastructure nationale de la santé fondée sur le transfert électronique d'information sur la santé entre secteurs de compétence pourrait avoir un effet macroéconomique sur le développement des industries de l'information et des communications, des industries des soins de santé et des établissements d'enseignement.
- Bien des gens travaillent à contrat et se rendent dans différentes provinces pour y visiter leurs clients. Beaucoup voyagent. La capacité de transférer des renseignements médicaux permettrait aux médecins et aux infirmiers locaux d'avoir accès au besoin aux dossiers des patients qui les consultent.
- L'échange d'information est au cœur de la santé publique et de l'épidémiologie. Pour le bien-être de la population, il est tout à fait essentiel qu'il y ait communication d'information fiable de surveillance de la santé publique entre les différents pays, provinces et territoires. Les maladies traversent les frontières; il devrait en être de même de l'information à leur sujet.
- La possibilité de transférer de l'information sur la santé entre secteurs de compétence recèle également le vaste potentiel de faciliter la réalisation de travaux de recherche par des groupes de chercheurs biomédicaux se trouvant dans différentes régions du pays. Les résultats de telles recherches profiteraient à l'ensemble de la population canadienne.
- Le gouvernement fédéral est le principal dispensateur et acheteur de services de santé en raison de ses responsabilités à ce chapitre vis-à-vis du personnel militaire, des fonctionnaires, des anciens combattants, des immigrants et des Premières nations. La mise en place de systèmes interopérables de dossiers médicaux d'un bout à l'autre du pays pourrait permettre à l'administration fédérale et aux dispensateurs locaux de soins de santé de réduire leurs dépenses en diminuant le doublage des dossiers et en éliminant la paperasserie.
- La libre circulation de l'information sur la santé entre secteurs de compétence, enrichie par l'identification unique des patients et des dispensateurs, permettrait de dépister les fraudes et, par conséquent, de réaliser des économies considérables.
- Les avantages économiques du transfert d'information sur la santé entre secteurs de compétence pourraient se concrétiser principalement par le remplacement des documents qui circulent à l'heure actuelle entre provinces et territoires par la

technologie électronique. De plus, si les provinces décidaient de participer conjointement à la conception et à la mise en place de l'infrastructure nationale d'information sur la santé, cela pourrait permettre de réaliser des économies d'échelle.

- En termes d'avantages technologiques, la collaboration fédérale-provinciale-territoriale à l'élaboration de l'infrastructure de la santé faciliterait la diffusion des nouvelles technologies et permettrait aux divers secteurs de compétence de jouir d'une capacité technologique comparable en ce qui a trait à la transmission de l'information multimédia sur la santé. Cela contribuerait également à l'élaboration plus rapide de normes d'interopérabilité entre les plates-formes du système d'information fédéral-provincial-territorial.
- Une infrastructure nationale de la santé pourrait contribuer à l'élimination des grandes différences entre les infrastructures sociales et de soins de santé des régions rurales et urbaines des provinces et des territoires. Le transfert d'information sur la santé entre secteurs de compétence pourrait permettre d'améliorer considérablement l'accès à l'information sur la santé par les patients et les professionnels de la santé.
- Une infrastructure nationale de la santé pourrait faciliter l'établissement d'un environnement virtuel de soins de santé dépassant les frontières provinciales et territoriales et assurer réellement la transférabilité des soins de santé. À l'intérieur d'un tel environnement, il serait possible de tenir à jour efficacement les réseaux virtuels de spécialistes de la santé du pays, ce qui réglerait le problème de l'isolement relatif des professionnels travaillant en région rurale. Cela pourrait avoir un effet positif sur le problème des ressources humaines dans les communautés éloignées des provinces et des territoires.
- L'échange d'information sur les résultats économiques et en matière de santé dans tout le pays pourrait permettre la réalisation d'analyses constantes de rentabilité et d'analyses des indicateurs de la qualité de vie à l'échelle nationale, ce qui faciliterait la communication des meilleures pratiques.
- Les problèmes de gestion de la santé que soulèvent les changements rapides, les tendances démographiques, la révolution technologique, etc., sont les mêmes à peu près partout au pays. La possibilité d'échanger des données brutes sur les niveaux organisationnels entre établissements similaires des différents secteurs de compétence et de discuter des problèmes et des solutions en matière de gestion permettrait d'améliorer la qualité de la gestion des soins de santé.
- L'information produite par l'infrastructure de la santé servirait à préparer des rapports réguliers sur les résultats en matière de santé, les fournisseurs de soins et le rendement des services de santé. Il s'agit d'un outil très important pour améliorer le système de soins de santé.
- La mise en place de l'infrastructure nationale de la santé pourrait permettre de regrouper et d'intégrer virtuellement les systèmes de soins de santé des provinces et des territoires en un nouveau système national de soins de santé plus efficient

et plus rationalisé, sans réellement intervenir dans la gestion et la prestation des services par les systèmes provinciaux et territoriaux de soins de santé.

Dans l'ensemble, une infrastructure nationale de la santé qui relie virtuellement l'infrastructure physique et professionnelle de la santé, les établissements, les collectivités et les patients améliorera la prestation des soins et l'échange des connaissances sur la santé pour le plus grand bien des Canadiens. Il en résultera un système de soins de santé vraiment axé sur le patient :

*[...] le rendement sur les investissements sera énorme pour tous les intervenants. Mais les vrais gagnants, ce seront les Canadiens et les Canadiennes, parce que l'accès à des services de santé de qualité continus sera meilleur et plus rapide, parce qu'ils profiteront du savoir qu'ils pourront acquérir eux-mêmes et pourront mieux comprendre comment se porte leur système de santé et comment il peut répondre à leurs besoins.*²⁰⁸ [Traduction]

8.4 Obstacles à surmonter

Selon les témoins, trois grands obstacles nuisent à la mise en œuvre et au déploiement complet de l'infrastructure nationale de la santé : la protection des renseignements personnels, les questions d'ordre juridique et éthique, et l'interopérabilité des divers systèmes.

La question la plus cruciale est certainement celle de la protection des renseignements personnels sur la santé dans un monde électronique. Elle comporte trois volets : protection de la vie privée, confidentialité et sécurité des renseignements. La protection de la *vie privée* a trait au niveau autorisé d'accès aux renseignements personnels sur la santé. La *confidentialité* a trait au niveau autorisé de diffusion des renseignements. La *sécurité* porte sur l'ensemble des normes appliquées à l'intérieur et en marge des systèmes d'information pour protéger l'accès aux systèmes et aux renseignements qu'ils contiennent.

La protection de la vie privée au Canada est une responsabilité partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Actuellement, la vie privée est protégée légalement par une mosaïque de lois, de politiques, de règlements et de codes de pratique volontaires. Le Comité a appris que la première étape à franchir, c'est certainement d'essayer d'obtenir l'appui des intervenants pour harmoniser la législation et la réglementation partout au Canada, de façon à protéger la vie privée des Canadiens en matière de santé. Les témoins ont souligné que les Canadiens doivent obtenir l'assurance que les gouvernements font tout en leur pouvoir pour établir des règles strictes à cet égard. L'ensemble des administrations examinent déjà une formule d'harmonisation des législations, et une entente est attendue dans les semaines à venir. Sur le plan technologique, il a été démontré que la confidentialité et la sécurité des données peuvent être assurées beaucoup mieux actuellement que cela n'est possible dans un monde du papier. Les problèmes auxquels nous sommes confrontés maintenant ont essentiellement trait à l'architecture des systèmes qui seraient mis en place et à leur gestion publique à l'échelle du pays.

²⁰⁸ William J. Pascal, BSI, mémoire présenté au Comité, p. 8-9.

Le Comité s'inquiète du manque évident de progrès réalisés par les intervenants en ce qui concerne le projet de loi C-6, *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*. En novembre et décembre 1999, le Comité a tenu des audiences sur ce projet de loi. Les audiences ont porté essentiellement sur l'application de la Partie I du projet de loi à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels. Selon le Comité, la Partie I permet d'établir des normes légales minimales pour protéger les renseignements personnels des Canadiens sur le plan commercial, mais les membres du Comité s'interrogent sur l'utilité de ces normes dans le secteur des soins de santé. Le Comité a modifié le projet de loi pour que son application aux renseignements personnels sur la santé soit retardée d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la Loi. L'objet de cette modification

était de permettre aux intervenants en santé de formuler des mesures législatives en fonction de la nature particulière des renseignements personnels sur la santé. La modification a été acceptée par la Chambre des communes, et le projet de loi a reçu la sanction royale le 13 avril 2000.

Comment pouvons-nous, nous les gouvernements, compter que les autres parties qui possèdent de l'information participent à la création de ce dossier de santé électronique si nous ne faisons pas la preuve de notre capacité de bien gérer notre propre information? Comment espérer d'une personne qu'elle nous accorde la permission de partager avec d'autres l'information contenue dans son dossier électronique si nous ne pouvons pas montrer que nous avons des personnes compétentes et efficaces pour gérer les données que nous possédons déjà? Les gouvernements doivent prêcher d'exemple en gérant l'information efficacement, pour démontrer la valeur du dossier de santé électronique et entraîner les autres groupes intéressés dans ce processus.

David Cowperthwaite,
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-
Brunswick, mémoire, p.3.

Lorsque le Comité s'est réuni pour examiner la question des renseignements sur la santé en mai 2001, les témoins ont indiqué qu'ils n'en étaient pas encore arrivés à un consensus sur les modifications à apporter au projet de loi C-6 pour assurer la communication des données entre les intervenants de l'infrastructure de la santé. Il faut préciser le champ d'application du projet de loi C-6 pour les organismes qui interviennent dans les systèmes d'information sur la santé ainsi qu'en recherche sur la santé pour que ceux-ci puissent continuer de fournir de l'information pertinente afin d'améliorer la santé de tous les Canadiens. Le Comité espère qu'on trouvera des solutions à ce problème avant la fin du moratoire d'un an, qui vient à échéance en décembre 2001.

Les questions d'ordre juridique et éthique ont surtout trait au droit de pratique, à la rémunération et à la responsabilité des professionnels qui fournissent des soins à distance. Il faudra de toute évidence prévoir des mesures incitatives pour favoriser l'utilisation des nouvelles technologies dans le système de soins de santé. Ces technologies changeront les façons de travailler. Il faudra suivre ce virage de près pour en assurer le succès et il faudra l'appuyer en offrant, en milieu universitaire ou en milieu de travail, les programmes qui s'imposent en vue du développement des compétences et des connaissances.

Autre obstacle important, et non le moindre : la normalisation, qui est au cœur de l'interopérabilité des divers systèmes d'information sur la santé. Lorsque les gens parlent de *normes* dans le contexte de l'infrastructure de la santé, ils pensent autant à la technologie, au matériel et aux logiciels qu'aux nomenclatures ou à l'identification des patients ou des fournisseurs de soins. Actuellement, la compatibilité et l'interopérabilité entre ces divers éléments est loin d'être parfaitement assurée dans l'ensemble du Canada. Le Comité a appris que, même au sein du même établissement, les systèmes d'information sont souvent incapables de communiquer entre eux pour

échanger des données. Il se peut que cette situation soit généralisée partout au pays. Il reste beaucoup à faire pour assurer la pleine compatibilité à tous les niveaux dans l'ensemble du pays. On prépare présentement, pour le Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé, une proposition visant à améliorer la façon dont sont appliquées les normes en matière d'information sur la santé au Canada et à harmoniser les normes utilisées dans les différentes administrations, y compris le gouvernement fédéral.

Enfin, le Comité a appris qu'il faut chercher un équilibre entre développement et déploiement. Selon des témoins, bien des composantes essentielles d'une infrastructure nationale de la santé sont en place et leur déploiement s'impose :

Un développement qui ne s'accompagne pas d'un déploiement est un moyen de créer de coûteux « éléphants blancs » qui ne permettent pas d'améliorer la santé des Canadiens. Nous serons bien mieux servis par des systèmes limités qui sont complètement implantés et utilisés dans la prestation courante des services que par le développement d'une technologie remarquable qui ne voit jamais le jour dans la réalité concrète.²⁰⁹

8.5 Commentaires du Comité

En général, le recours aux applications de la télésanté pour mettre en œuvre l'infrastructure canadienne de la santé peut faciliter le développement d'un système de soins de santé véritablement axé sur le patient et devenir le point de départ d'une intégration verticale et horizontale des services. L'infrastructure de la santé peut contribuer à la création de bassins d'information qui permettront à tous les intervenants du système de soins de santé – patients, fournisseurs de soins, gestionnaires, chercheurs et responsables des politiques – de prendre des décisions fondées sur les résultats.

Selon le Comité, pour être viable à long terme, le système de soins de santé doit évoluer du modèle actuel consistant en un ensemble d'entités disjointes vers un continuum de services pleinement intégrés auxquels les utilisateurs peuvent avoir accès à partir de tout point de service — le domicile, les cliniques privées, les hôpitaux, etc. — où qu'ils vivent au Canada. Par conséquent, pour assurer le succès du renouvellement du système de soins de santé au Canada, il faut pouvoir compter sur une bonne information sur la santé et s'assurer que quiconque est concerné par la santé et les soins de santé puisse y avoir accès. Il y a beaucoup d'avantages à tirer de la normalisation, de la communication et du partage de ce que nous avons.

Le Comité est aussi convaincu que le gouvernement fédéral a un rôle capital à jouer, qu'il s'agisse d'encourager la collaboration, d'établir des normes communes ou de favoriser l'harmonisation des législations. Et, ce qui est plus important encore, le gouvernement fédéral doit maintenir son leadership et assurer un niveau de financement capable de soutenir le déploiement de l'infrastructure canadienne de la santé.

²⁰⁹ David Cowperthwaite, mémoire présenté au Comité, p. 4.

CHAPITRE NEUF

SOINS À DOMICILE

9.1 Qu'est-ce que les soins à domicile?

On entend habituellement par soins à domicile les services offerts aux gens chez eux. Cela ne comprend pas les soins fournis dans des établissements de soins privés ou publics spécialisés dans les soins de longue durée ou prolongés.

Les services de soins à domicile peuvent englober tout un ensemble de choses qui vont des interventions médicales aux aides sociétales. Cela peut aussi inclure l'assistance nécessaire pour les membres de la famille et les bénévoles soignants. Les soins à domicile englobent donc tout un éventail de services sociaux ou éducatifs et de santé qui permettent aux personnes qui ont besoin d'être aidées de vivre et d'évoluer dans la société à l'extérieur d'un centre hospitalier de longue durée ou d'un établissement de soins actifs.

Le programme de soins à domicile est celui qui permet de planifier les services de soutien à domicile. Il permet de suivre et d'évaluer les besoins de la clientèle, de prodiguer des soins infirmiers, de faciliter les activités quotidiennes et de fournir des services d'entretien domestique ou d'autres types d'aides permettant de vivre une vie autonome. C'est là que la notion de soins communautaires intervient. Les services de soins communautaires, ce sont, par exemple, les repas livrés à domicile, les centres de jour, les services de relève et les services bénévoles. Les soins à domicile vont aussi de pair avec les hôpitaux de soins actifs, les établissements de soins palliatifs et de relève, les services de soins de longue durée, les services de santé mentale et les programmes de vie autonome, qui visent tous à aider la clientèle à domicile et dans la collectivité.

Nadine Henningsen, directrice exécutive, Association canadienne de soins et services à domicile (14:7).

Tout le monde ne s'entend pas toutefois sur les services qui devraient être inclus dans cette définition. Elle peut couvrir des soins actifs tels qu'une thérapie intraveineuse ou une dialyse, des soins de longue durée pour les personnes souffrant de maladies évolutives telles que l'Alzheimer ou une invalidité physique ou mentale chronique, les soins au terme de la vie pour les malades en phase terminale ou un soutien personnel comme des soins auxiliaires et des aides techniques. Les soins à domicile officiels peuvent inclure à la fois des soins de santé et des services de soutien social tels que le suivi, l'évaluation, la coordination, les soins infirmiers, l'aide domestique, les conseils en nutrition et la préparation de repas, l'ergothérapie et la physiothérapie, la maîtrise de la douleur, le soutien affectif et l'apprentissage de l'autonomie en matière de santé.

Les soins à domicile peuvent être fournis par du personnel professionnel qui se compose essentiellement d'infirmiers ou infirmières, de thérapeutes, d'auxiliaires familiaux et de préposés aux services de soutien à la personne. Ce personnel peut faire partie d'une organisation communautaire ou d'une équipe d'intervention rapide. Il peut offrir ses services en personne ou par les technologies de communication. Bien que ces services professionnels aient évolué rapidement ces trois dernières décennies, les soins à domicile assurés par des amis ou des parents existent, eux, depuis longtemps. Ces soignants naturels, qui sont souvent des mères, des femmes et des sœurs, doivent également être considérés parmi les bénéficiaires des programmes de soins à domicile si l'on

veut éviter les crises souvent coûteuses qui résultent de l'épuisement du soignant. On pensera en particulier à offrir des services de relève de deux types : remplacement de la personne soignante et services directs à ces soignants.

Les témoins ont déclaré que les soins à domicile entraînent dans un continuum de soins liés à la santé et au bien-être. Ils ont insisté sur la nécessité de les inclure dans toutes les considérations touchant à la santé et au spectre social des soins de première ligne, des soins actifs, des soins de longue durée en établissement, des soins au terme de la vie, des programmes de soutien communautaires et des mesures d'aide personnelles. Ils ont fait remarquer que des soins à domicile efficaces contribuent à abaisser les coûts à long terme du système de soins de santé, car leurs trois principaux objectifs consistent à :

- remplacer les services offerts par les hôpitaux de soins actifs ou de longue durée ou les établissements de soins palliatifs;
- permettre aux intéressés de rester dans leur environnement;
- assurer des suivis et des évaluations continus.

À propos du système de soins de santé en particulier, l'Association canadienne de soins et services à domicile a rappelé que les soins à domicile ne nécessitent pas d'établissements spéciaux ni de gros investissements de capitaux ou de frais généraux. Ils sont accessibles indépendamment des médecins. Ils dépassent parfois le cadre des besoins physiques pour inclure un soutien social intégré aux soins de santé.²¹⁰

TABEAU 9.1

AVANTAGES DES SOINS À DOMICILE

- Permettent à l'ensemble du système de soins de santé de fonctionner de façon plus économique;
- Réduisent le besoin de lits de soins actifs et de lits d'urgence en permettant la réalisation d'interventions médicales dans d'autres contextes, ce qui permet de réserver les ressources hospitalières pour les cas où elles sont vraiment nécessaires;
- Réduisent la demande de lits de longue durée en laissant aux Canadiens âgés le choix de rester indépendants et de conserver leur dignité en demeurant chez eux et dans leur communauté;
- Contribuent au soutien des soignants et renforcent leur engagement.

Source : Nadine Henningsen (14:8).

²¹⁰ Nadine Henningsen (14:8).

9.2 Demande actuelle de soins à domicile

L'Enquête nationale sur la santé de la population menée en 1998-1999 a fourni certaines données sur l'utilisation des soins à domicile financés par l'État²¹¹. On a constaté que le recours à ces soins augmente avec l'âge, le degré d'invalidité et la diminution du revenu. Ainsi :

- Moins de 1 % des adultes de moins de 65 ans recevaient des soins à domicile, mais la proportion était de 37 % pour le groupe des plus de 85 ans.
- Les personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes étaient six fois plus nombreuses à recevoir des soins à domicile que celles qui n'avaient pas besoin d'aide.
- Les personnes des deux tranches de revenu inférieures étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des soins à domicile que celles des tranches de revenu les plus élevées.

Les témoins ont également parlé des divers facteurs qui contribuent à accroître la demande de soins à domicile. Il faut à leur avis considérer quatre variables clés :

9.2.1 Diminution des lits d'hôpitaux

La tendance actuelle est d'écourter la période d'hospitalisation et d'offrir des soins externes, d'où une plus grande utilisation des services communautaires. Les soins à domicile jouent un rôle critique pour que puisse fonctionner un secteur hospitalier composant avec moins de lits, mais il faut toutefois leur consacrer des ressources. La capacité du secteur hospitalier de soins actifs ayant été considérablement réduite dans les années 90, il est devenu courant de réduire les périodes d'hospitalisation et de renvoyer les gens chez eux sans qu'on ait fait les investissements nécessaires pour leur offrir des services de santé à domicile²¹². On a également parlé de « lits bloqués » dans les hôpitaux de soins actifs ou après le traitement actif, où on laissait les malades récupérer dans un lit de soins actifs à un coût phénoménal pour le système, tout simplement parce qu'il n'y avait pas les services nécessaires de soutien à domicile²¹³. Lorsque le secteur hospitalier a subi des compressions, on n'a pas prévu de budget pour la transition vers les services communautaires ni d'investissements dans ces services²¹⁴.

9.2.2 Forte croissance de la population de plus de 65 ans

Les recherches révèlent que, bien que beaucoup de personnes âgées vivent chez elles, leur recours aux soins à domicile augmente avec l'âge et leur degré d'invalidité. D'après les projections, alors que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus atteignait 12,5 % en 2000, il sera passé à plus de 21 % de l'ensemble de la population en 2025. Statistique Canada fait remarquer qu'en 1996, environ 95 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient chez elles²¹⁵. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée en 1998—1999, environ

²¹¹ Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada : Premier rapport annuel*, Ottawa, 2000, p. 58.

²¹² Kathleen Connors (13:70).

²¹³ Dr Taylor Alexander (14:24).

²¹⁴ Dr Thomas Ward (13:24).

²¹⁵ Jean-Marie Berthelot (2:10).

400 000 personnes âgées, soit 12 % des personnes de ce groupe d'âge, recevaient des soins dans le cadre de programmes provinciaux de soins à domicile²¹⁶. Ce sont les personnes de 85 ans qui recouraient le plus aux soins à domicile, soit 37 %, comparativement aux 20 % pour le groupe des 80-84 ans²¹⁷. La probabilité de handicaps augmente avec l'âge et, en 1991, 35 % des personnes handicapées avaient plus de 65 ans²¹⁸.

9.2.3 Pression sur les soignants naturels

La majorité des soignants naturels sont des femmes qui viennent en aide à des membres de leur famille et qui doivent souvent gérer simultanément la responsabilité de parents âgés, de leurs propres enfants et d'un travail rémunéré à plein temps²¹⁹. Plus de trois millions de Canadiens – essentiellement des femmes – assurent des soins non rémunérés à des membres de leur famille à domicile²²⁰. Une enquête réalisée en Alberta a révélé que jusqu'à l'âge de 75 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir prodigué des soins de santé à domicile à un membre de leur famille²²¹. Plus de 60 % des personnes qui donnaient des soins à des membres de leur famille ou à des amis âgés étaient des femmes²²². Plus de femmes que d'hommes sont forcées de donner des soins de santé non rémunérés, et elles le font sans formation et avec très peu de soutien²²³. Les diverses tensions que subissent ces soignants naturels peuvent non seulement provoquer des maladies liées au stress et une perte de temps de travail pour le soignant naturel, mais également accroître le risque que le malade soit négligé ou maltraité.

9.2.4 Progrès technologiques

Les progrès technologiques ont allongé l'espérance de vie, diminué la durée des hospitalisations et donné lieu à davantage de soins externes. Un état qui autrefois nécessitait une hospitalisation – par exemple, la maîtrise de la douleur – peut maintenant être géré à domicile. Les progrès réalisés dans les protocoles de traitement et l'accessibilité à du matériel de haute technologie font que les soins palliatifs à domicile sont devenus une véritable option pour les Canadiens²²⁴. Télésanté offre des possibilités accrues de diagnostic, de suivi, d'évaluation et de maintien. Grâce aux télésoins à domicile, on peut, par vidéoconférence, obtenir les données médicales nécessaires à domicile et ainsi éviter l'hospitalisation²²⁵.

9.3 Dépenses publiques et privées

Certains témoins ont déclaré que les dépenses publiques au titre des soins à domicile étaient passées au Canada de 1,2 % des dépenses publiques en soins de santé en 1980-1981 à

²¹⁶ Dr Taylor Alexander (14:10).

²¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Soins de santé au Canada : Premier rapport annuel*, Ottawa, 2000, p. 58.

²¹⁸ Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des services sociaux, *À l'unisson : Une approche canadienne concernant les personnes handicapées*, Ottawa, 2000, p. 5.

²¹⁹ Nadine Hennigsen (14:8).

²²⁰ Dr Taylor Alexander (14:10).

²²¹ ICIS, *Soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, 2001, p. 54.

²²² ICIS, *Soins de santé au Canada, Premier rapport annuel*, Ottawa, 2000, p. 60.

²²³ Dr Patricia Armstrong (11:22).

²²⁴ Nadine Hennigsen (14:8).

²²⁵ Dr Robert Filler (12:15).

environ 4 % en 1997-1998. Ces 4 % du total des dépenses publiques en soins de santé consacrés aux soins à domicile représentaient environ 2,1 milliards de dollars par an.

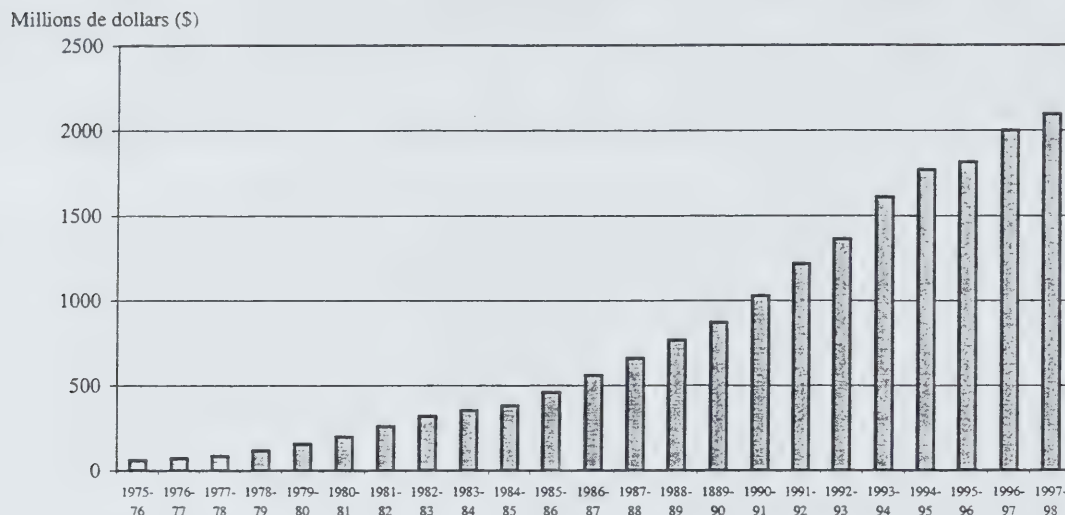
Les données de Santé Canada sur les dépenses publiques au titre des soins à domicile indiquent que celles-ci ont plus que doublé entre 1990-1991 et 1997-1998, le taux de croissance annuel moyen se chiffrant à près de 11 % (voir graphique 9.1). Parallèlement, ces dépenses représentaient un faible pourcentage, mais qui a toutefois augmenté, de l'ensemble des dépenses publiques en soins de santé au Canada : 4 % en 1997-1998, contre 2,3 % au début de la décennie (1990-1991).

On a moins de renseignements sur les dépenses privées au titre des soins à domicile. Par exemple, on trouve à l'occasion dans les journaux des estimations de ce que les Canadiens paient de leur poche pour les services et les coûts liés aux soins, aux médicaments, au matériel et aux fournitures²²⁶. Ainsi, le *Toronto Star* (27 novembre 1999) a présenté les résultats d'une enquête nationale qui révélait que les clients de soins à domicile dépensaient en moyenne 283 \$ par semaine pour des soins infirmiers à domicile et d'autres services auxiliaires tels que soins personnels, toilette et préparation de repas. On estimait que ces dépenses couvraient environ 25 % des services infirmiers et 60 % des services de maintien à domicile. Peu après, le *Globe and Mail* (6 décembre 1999) rapportait que les clients de soins à domicile payaient des frais importants pour des services infirmiers consécutifs à des soins actifs, soit environ 202 \$ par semaine. On estimait les soins généraux à domicile à 407 \$ par mois, en plus de 138 \$ pour les médicaments sur ordonnance.

Les témoins ont insisté sur le fait que, même si les soins à domicile avaient progressé dans la plupart des provinces, les dépenses à cet égard demeuraient faibles par rapport au budget global des provinces au titre de la santé. En outre, il y a des écarts importants entre les provinces et les territoires quant à la proportion de dépenses publiques consacrée aux soins à domicile. Cela mène à des disparités dans la prestation et la portée des services d'un bout à l'autre du pays, d'une province à l'autre et d'une région à l'autre. D'autre part, certains ont fait remarquer que les données sur les dépenses financières risquent d'omettre les auxiliaires, qui assurent la majorité des soins à domicile.

²²⁶ Nancy Miller-Chenier, *Soins à domicile : Une perspective fédérale*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Capsules d'information pour les parlementaires, 77-F 19 décembre 2000.

GRAPHIQUE 9.1
DÉPENSES PUBLIQUES AU TITRE DES SOINS À DOMICILE AU CANADA,
1975-1976 À 1997-1998



Source : Santé Canada, *Dépenses publiques de soins à domicile au Canada, 1975-1976 à 1997-1998*

Les témoins regrettaient que de nombreux malades doivent se priver de soins à domicile faute de pouvoir se les payer. Le D^r Taylor Alexander, PDG de l'Association canadienne de soins et services communautaires, a cité une étude de Santé Canada indiquant qu'environ 20 % des aidants membres de la famille déclarent que leurs proches doivent se passer de services parce qu'ils n'ont pas les moyens de les payer²²⁷. À l'heure actuelle, la majorité des provinces ont un système qui permet aux malades de payer en fonction de leurs revenus, mais les règles sont différentes dans toutes les provinces quant à ce qui constitue le seuil de paiement.

Les témoignages présentés au Comité ont fourni des données précises sur les analyses coût-efficacité. Les résultats préliminaires d'une étude coût-efficacité des soins à domicile effectuée au Centre of Aging de l'université de Victoria ont révélé qu'il en coûtait en moyenne 12 504 \$ par an pour fournir les services les plus élémentaires à un client hospitalisé, et 5 413 \$ lorsque ces services sont donnés à domicile. Pour les clients dont les besoins sont les plus grands, qui nécessitent des soins infirmiers 24 heures sur 24, le coût moyen était de 41 023 \$ dans un hôpital et de 33 579 \$ à domicile²²⁸. Le Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation de l'université du Manitoba a donné un exemple indiquant que le coût moyen par personne des soins à l'hôpital serait de 2 652 \$, alors qu'il serait de 1 882 \$ pour des soins à domicile et une pharmacothérapie²²⁹. Une étude sur les soins à domicile en Saskatchewan a révélé que, bien que les résultats soient les mêmes,

²²⁷ D^r Taylor Alexander (14:11).

²²⁸ Centre of Aging, université de Victoria, « The National Evaluation of the Cost Effectiveness of Home Care », *Bulletin*, 1(1), mars 2000.

²²⁹ Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, *A New Tool for Costing Health Care in Canada*, comparaison des coûts des soins en hôpital et des soins à domicile avec pharmacothérapie, avril 1999.

il en coûte au total 830 \$ de plus pour donner à un patient des soins autres que des soins actifs dans un hôpital que pour le renvoyer chez lui avec des soins de suivi.²³⁰

9.4 Mesures à envisager

Les témoins sont nettement en faveur d'un changement de la façon dont les soins à domicile sont actuellement organisés, fournis et financés. Ils ont tous demandé que l'on fasse quelque chose pour établir des normes nationales et développer les ressources humaines. Toutefois, ils n'étaient pas tous du même avis quant aux méthodes de financement : fonds publics ou privés, organismes à but lucratif ou non lucratif. La plupart ont attiré l'attention sur les besoins des soignants naturels, alors que d'autres ont parlé d'information, de recherche, de médicaments sur ordonnance et de technologies. L'étude du Comité a permis de dégager plusieurs domaines clés où des mesures doivent être envisagées :

²³⁰ Health Services Utilization and Research Commission, *Hospital and Home Care Study, Summary Report No. 10*, mars 1998.

TABLEAU 9.2
CHRONOLOGIE DE LA PARTICIPATION RÉCENTE DU
GOUVERNEMENT FÉDÉRAL AUX SOINS À DOMICILE

Date et activité	Résultats
Février 1997 : Forum national sur la santé	Le rapport du Forum national indiquait une tendance vers les soins hors-établissement et, en conséquence, une augmentation des soins à domicile et des autres services communautaires. Il proposait qu'on recueille et qu'on évalue davantage de données et que les soins à domicile soient mieux intégrés aux autres services de santé.
Février 1997 : Budget fédéral	Le gouvernement fédéral a annoncé la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) dans son budget de 1997. Ce fonds de 150 millions de dollars sur trois ans a financé des innovations qui ont mené à une meilleure intégration du système de soins de santé. Les soins à domicile étaient l'un des secteurs prioritaires prévus dans les évaluations et les projets-pilotes nationaux, provinciaux et territoriaux.
Mars 1998 : Conférence nationale sur les soins de santé à domicile	Les participants à la Conférence ont insisté sur la nécessité d'adopter des principes communs pour encadrer une démarche nationale concernant les soins à domicile; d'établir des normes claires et de conclure une entente sur la portée et le contenu des programmes.
Février 1999 : Table ronde nationale sur les soins à domicile et les soins communautaires	Un consensus est apparu quant à l'établissement de normes communes, la mise sur pied de systèmes d'information, l'intégration des ressources humaines, l'importance de la recherche et de la diffusion des connaissances et le besoin d'innovations technologiques.
Février 1999 : Budget fédéral	Le gouvernement fédéral a attribué sur trois ans 1,4 milliard de dollars aux initiatives de santé importantes pour les soins à domicile. Notamment 50 millions de dollars sur trois ans pour trouver des formules novatrices en ce qui concerne les soins à domicile et les soins communautaires ainsi que l'accès à des services de santé de qualité, en particulier dans les régions rurales; pour améliorer le programme de soins à domicile et de soins communautaires à l'intention des Premières nations et des Inuits et créer un système d'information sur la santé des Premières nations; pour accroître le financement de la recherche en santé; pour améliorer la technologie de l'information pour les services de santé, le système d'imputabilité et l'accès aux citoyens.
Juin 1999 : Groupe de travail sur les soins continus du Comité consultatif FPT des services de santé	Le document du Groupe de travail, <i>Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada</i> , analyse les programmes de soins à domicile par facteurs descriptifs : organisation et gestion, législation, services et fournisseurs de soins, admissibilité, évaluation des besoins et gestion de cas, couverture des services et participation aux coûts, données sur le financement et l'utilisation.

Mars 2000 : Conseil consultatif national sur le troisième âge	Le CCTA a conseillé au ministre de la Santé que le gouvernement fédéral joue un rôle de modèle et de chef de file dans le domaine des soins à domicile. Dans sa déclaration de principe sur les soins à domicile, il a formulé 15 recommandations visant à favoriser le développement des soins à domicile.
Septembre 2000 : Réunion des premiers ministres	Dans leur <i>Communiqué sur la santé</i> , les premiers ministres ont demandé aux ministres de la Santé de faire rapport sur les soins à domicile et les soins communautaires dans une visée plus générale, celle de la mesure et du suivi des services et des programmes de santé ainsi que l'établissement de rapports sur leur rendement.
2000 : Ministres FPT responsables des services sociaux	Le rapport <i>À l'unisson : Une approche canadienne concernant les personnes handicapées</i> fait ressortir la nécessité de prévoir pour les personnes handicapées, chez elles et dans la collectivité, des mesures de soutien (d'ordre humain, technique et autre) qui soient accessibles, mobiles et individualisées, afin de faciliter leur intégration.

Source : Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

9.4.1 Normes nationales

La discussion sur les normes nationales pour les soins à domicile a porté sur l'organisation, la prestation des services et la formation. On met l'accent sur la qualité des soins et l'équité dans l'accès. Nadine Henningsen considère que des normes nationales permettront d'assurer « l'efficacité du système de soins de santé du Canada et le traitement équitable des Canadiens dans toutes les régions du pays »²³¹. Le D^r Taylor Alexander a déclaré que : « Les Canadiens vivant dans les provinces dites « pauvres » ne devraient pas être plus désavantagés ni risquer davantage si leur province n'a pas les fonds nécessaires pour assurer des soins et des services à domicile et communautaires comparables à ceux des provinces plus riches »²³². Diane McLeod, vice-présidente de la Planification des politiques et des relations gouvernementales chez les Infirmières de l'Ordre Victoria du Canada, a dit qu'« En l'absence de telles normes, il ne faut pas espérer de programme de soins de santé unifié dans le secteur

Il y a bien des sortes de normes nationales. Il y a, par exemple, celles que le Conseil canadien d'agrément des services de santé a établies au sujet de l'agrément des soins à domicile et des soins de longue durée. Les centres de soins de longue durée et les programmes de soins à domicile sont en voie d'être accrédités dans tout le pays. Ces normes portent principalement sur l'administration et l'organisation des programmes, etc. Il existe aussi des normes régissant la formation, mais pas partout au pays. Il n'y a pas de normes nationales sur la formation des personnes qui donnent des soins à domicile. La situation est différente dans chaque province à cet égard. Certaines provinces accordent un soutien financier, d'autres pas. Certains travailleurs détenant un certificat de soins à domicile doivent payer eux-mêmes leur formation.

Dr Taylor Alexander, PDG, Association canadienne de soins et services communautaires (14:17).

²³¹ Nadine Henningsen (14:8).

²³² Dr Taylor Alexander (14:12).

communautaire »²³³.

Même si les témoins ont clairement dit que les services et la formation devraient être comparables d'un bout à l'autre du pays, ils n'ont pas précisé la façon d'y parvenir. À propos des normes nationales, le D^r Taylor Alexander estime que celles-ci devraient porter sur des services essentiels et respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé*²³⁴. Il préconise une entente fédérale-provinciale-territoriale sur un « panier type » de services à domicile et services communautaires essentiels auxquels s'appliqueraient les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services assurés comprendraient les services à domicile fournis par des auxiliaires, les soins infirmiers, le service social, la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins palliatifs, les médicaments sur ordonnance, les soins de relève et la gestion des cas. Nadine Henningsen a déclaré « qu'on peut discuter de la façon d'intégrer ces normes dans une loi nationale, mais que le moment de débattre de leur importance est passé »²³⁵.

9.4.2 Ressources humaines

Les témoins prévoient une crise nationale croissante au chapitre de l'offre, de la répartition, du recrutement et de la conservation du personnel dans les programmes de soins et services à domicile et communautaires. Ils déclarent que ce secteur est devenu de moins en moins attirant pour les travailleurs à cause des années de compressions budgétaires qu'il a connues, des mises à pied de personnel infirmier, des bas salaires, des conditions de travail pénibles, de la formation insuffisante et de la complexité accrue des soins. Leurs préoccupations touchaient en général la formation, la rémunération, les conditions de travail et la conservation des ressources humaines dans le domaine des soins à domicile. La question du remplacement ou du « transfuge » chez les professionnels et les auxiliaires a également été soulevée.

En ce qui concerne la formation, certains témoins ont insisté sur les études et la formation qu'on devrait exiger dans le cas de toutes les personnes qui s'occupent de soins à domicile. Faute de personnel qualifié suffisant, les programmes de soins à domicile ne peuvent satisfaire aux besoins, ce qui compromet l'indépendance des clients et occasionne une surcharge des services de soins actifs. Certains témoins ont fait remarquer qu'il fallait consacrer plus de temps et de ressources pour expliquer aux médecins en quoi consistent les soins à domicile et comment ils peuvent en parler avec leurs patients. D'autres témoins ont

Il faut de meilleures stratégies de formation et de rétention pour contrer la pénurie d'infirmières, d'aides familiales et de thérapeutes dans certaines régions du Canada. Bien que cette pénurie témoigne de la rareté généralisée des travailleurs et travailleuses de la santé, elle est souvent exacerbée dans le secteur des soins à domicile du fait que ces travailleurs et travailleuses sont moins bien rémunérés et n'ont pas autant d'avantages sociaux que les travailleurs et travailleuses des hôpitaux et des établissements de soins de santé. Tant les salaires que les effectifs communautaires représentent un défi important. Nous devons offrir des salaires concurrentiels par rapport aux salaires payés dans les établissements de soins et les hôpitaux. Le perfectionnement professionnel permanent doit devenir une priorité afin de s'assurer de maintenir des normes de première qualité. Nous devons continuer de chercher les moyens les plus efficaces de travailler avec les fournisseurs de soins de santé, notamment les médecins de premier recours et les autres éléments du système de santé.

Nadine Henningsen, directrice exécutive,
Association canadienne de soins et services à domicile (14:8).

²³³ Diane McLeod (14:16).

²³⁴ D^r Taylor Alexander (14:12).

²³⁵ Nadine Henningsen (14:8).

signalé que les qualifications nécessaires dépendaient de la politique de chaque province.

Par exemple, l'Ontario a un programme de formation très exigeant (trois ans) pour les aides à domicile. En Nouvelle-Écosse, on est en train de mettre sur pied un programme de formation. En Saskatchewan, il n'en existe pas; le travail des aides à domicile est géré par l'agence de services. Un témoin a parlé des écarts entre les provinces pour ce qui est du ratio infirmiers autorisés-infirmiers auxiliaires. Régis Paradis, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, a signalé que les infirmiers auxiliaires sont pratiquement absents du secteur des soins de santé au Québec. Toutefois, en Ontario et aux États-Unis, où le ratio infirmiers autorisés-infirmiers auxiliaires est de trois pour un, les infirmiers auxiliaires participent beaucoup aux services de maintien à domicile²³⁶. D'après ce témoin, si le ratio était le même au Québec qu'en Ontario, le Québec aurait actuellement près de 4 500 infirmiers et infirmières auxiliaires de plus, ce qui lui permettrait d'économiser environ 50 millions de dollars par an.

Un autre problème important est le niveau médiocre des salaires et des avantages accordés au personnel préposé aux soins à domicile. On a dit qu'en particulier, le fait qu'ils soient moins bien rémunérés que le personnel des établissements de santé explique en partie la pénurie. Le D^r Taylor Alexander a signalé qu'en Ontario, dans certains cas, les infirmiers et infirmières communautaires sont payés jusqu'à 25 % de moins que leurs homologues travaillant dans des établissements.

On sait que le secteur des soins à domicile offre des salaires et des avantages moins généreux que les hôpitaux; dans certaines provinces, les auxiliaires, en particulier, ne gagnent pas beaucoup plus que le salaire minimum. On a également fait observer que la presque totalité des auxiliaires sont des femmes, dont bon nombre sont de récentes immigrantes peu instruites pour qui l'anglais est la langue seconde. Beaucoup de travailleurs du secteur des soins à domicile sont exploités de diverses façons par leurs clients. En outre, ils sont nombreux à faire des heures supplémentaires non rémunérées pour s'assurer que leurs clients reçoivent toute l'aide dont ils ont besoin.

Les écarts marqués dans les salaires et les avantages offerts dans les différentes régions du pays font que les travailleurs sont attirés vers les régions où les salaires sont le plus élevés, ce qui cause des pénuries encore plus graves dans les régions où les salaires sont faibles, comme dans certaines des provinces de l'Atlantique. Les témoins ont parlé de travaux entrepris par Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada concernant les ressources humaines dans le secteur des soins à domicile. En consultation avec les organisations pertinentes, les responsables se pencheront sur la question des disparités salariales chez les infirmiers et infirmières et les aides à domicile, sur les conditions de travail de l'ensemble des travailleurs du secteur des services communautaires et sur les besoins de formation en général²³⁷.

Dans l'ensemble, les témoins demandent que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires collaborent étroitement pour élaborer une stratégie nationale concernant les ressources humaines dans le secteur des soins à domicile et des soins communautaires, de façon qu'il y ait une offre et une répartition adéquate de personnel convenablement formé partout au Canada. Selon eux, cette stratégie devrait inclure des mécanismes permettant aux provinces de financer la formation et le perfectionnement professionnels et aux agences d'offrir des salaires et des avantages

²³⁶ Régis Paradis (13:52).

²³⁷ Voir le site Web de l'*Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile*, www.homecaresstudy.ca/fr

suffisants, ce qui leur permettra de recruter du personnel et d'éviter de le perdre au profit du secteur des soins en établissement ou d'autres secteurs.

9.4.3 Organisation et financement

De nouvelles recherches révèlent que le soins à domicile sont plus rentables que les soins donnés dans des hôpitaux de soins actifs et qu'ils représentent une solution de rechange économique au recours prématuré aux établissements de soins prolongés.²³⁸ Au sujet des soins de longue durée en établissement, les études préliminaires ont révélé que l'on pourrait réaliser des économies de 50 % en remplaçant les soins en

On ne peut simplement pas continuer d'investir des ressources illimitées dans les mêmes infrastructures vétustes et dans les mêmes proportions. Le processus de renouvellement des soins de santé doit déboucher sur un système durable pour l'ensemble de la population canadienne, peu importe où les soins sont prodigués. Par exemple, mettre en place un programme de soutien à domicile coûte moins cher que de nouveaux lits d'hôpitaux. Il importe d'établir une infrastructure de base là où les besoins existent pour que les soins à domicile soient accessibles, bien gérés et disponibles. Nous devons investir de façon à améliorer la qualité et la quantité des soins à domicile. Nous devons aussi veiller à disposer de la capacité qui nous permettra de répondre aux nombreux besoins différents des personnes de tous âges.

*Nadine Henningsen, directrice exécutive
Association canadienne de soins et services à domicile (14:9).*

établissement par des soins à domicile pour les clients âgés dont le type et le niveau de soins n'évoluent pas. Plus la santé du client est instable et plus le niveau de soins augmente, plus les coûts des soins à domicile se rapprochent et finalement dépassent les coûts des soins en établissement. Les chercheurs indiquent d'autre part que les économies tiennent à la façon dont sont structurés les systèmes de prestation de services dans certaines régions du Canada; ils estiment que les décideurs pourraient songer à demander que l'organisation du système de soins à domicile se fasse selon la formule des « pratiques exemplaires ».

On a mentionné les soins palliatifs ou les soins au terme de la vie comme un domaine où les soins à domicile pourraient remplacer les soins à l'hôpital. Les soins au terme de la vie diffèrent des soins actifs et des soins de longue durée, mais peuvent consister à la fois en soins de haute ou de faible intensité. Les témoins ont signalé qu'on manquait d'études sur le coût des soins palliatifs et qu'ils n'étaient pas sûrs qu'il soit judicieux de lancer un programme national de soins à domicile qui ne s'adresserait qu'aux personnes nécessitant des soins au terme de

Environ 225 000 personnes meurent chaque année au Canada. En 1997, un sondage Angus Reid a révélé qu'environ 80 % des Canadiens préféreraient mourir chez eux. Or, c'est souvent impossible faute de services de soins palliatifs à domicile. Ces services varient dans le pays; les zones rurales et éloignées sont particulièrement mal servies. Dans l'ensemble, seul 10 % environ des Canadiens ont accès à des services de soins palliatifs.

Dr Taylor Alexander, PDG, Association canadienne de soins et services communautaires (14:14).

leur vie. Ils ont fait remarquer que les provinces n'apprécient guère les programmes ciblés qui empiètent sur leur champ de compétence, et que la plupart des données disponibles montrent que le recours aux soins à domicile à la place de soins actifs est le moyen le plus simple et le plus rapide de

²³⁸ Hollander Analytic Services et al., *The National Evaluation of the Cost Effectiveness of Home Care*, études en cours, site Web <http://www.homecarestudy.com>

constater la valeur des soins à domicile, parce qu'on peut comparer les coûts à ce qu'il en coûterait pour garder le patient dans un lit d'hôpital²³⁹.

Bonnie Pape, de l'Association canadienne pour la santé mentale, a abordé la question des soins à domicile dans le contexte de la santé mentale. Elle a indiqué qu'en général, les soins à domicile ne sont pas bien adaptés aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale. Elle a signalé que : « Les personnes souffrant de maladie mentale n'ont souvent pas droit aux soins à domicile à moins qu'elles n'aient fait l'objet d'un autre diagnostic primaire. Lorsqu'elles y ont droit, les services ne leur conviennent pas toujours, car elles ont des besoins très particuliers. C'est tragique, car des études pilotes à petite échelle ont démontré que les soins à domicile pouvaient grandement améliorer la vie des malades mentaux, surtout ceux dont les besoins sont complexes. Les soins à domicile peuvent même parfois éviter un placement en établissement »²⁴⁰.

L'une des questions qui n'ont pas été réglées en ce qui concerne l'organisation et le financement des soins à domicile au Canada est le rôle respectif des secteurs public et privé. À l'heure actuelle, les soins à domicile relèvent à la fois du secteur public et du secteur privé. Outre le rôle limité qu'y joue le gouvernement fédéral dans le cas de groupes particuliers tels que les Premières nations et les anciens combattants, les budgets et les dépenses publics au titre des soins à domicile sont essentiellement contrôlés par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Toutefois, pour ce qui est de la prestation des services, les secteurs public et privé ont chacun leur rôle. Dans le privé, la prestation de services peut passer par des organismes à but non lucratif comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada ou des sociétés à but lucratif telles que ComCare. Selon la majorité des témoins, il faut avant tout éliminer les obstacles financiers qui empêchent les personnes d'obtenir les soins dont elles ont besoin à un moment de leur vie où elles sont vulnérables. Plusieurs témoins ont signalé des études indiquant que les gens sont tentés à ne pas se prévaloir des soins à domicile lorsqu'ils savent qu'ils doivent les payer.

Certains témoins ont fait remarquer que la participation du secteur privé aux soins à domicile n'est pas très différente de ce qu'elle est dans le reste du système de soins de santé. Le Dr Taylor Alexander a signalé que « les médecins dans notre pays sont en fait des praticiens privés payés par des fonds publics. Les hôpitaux sont des établissements privés financés par des fonds publics »²⁴¹. Aussi pourrait-on traiter les soins à domicile au même titre que les médecins et les hôpitaux, comme des services privés financés par des fonds publics et auxquels s'appliqueraient les quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* qui garantissent des services axés sur le patient.

Pour Nadine Henningsen, l'une des questions importantes dans le débat sur des services à but lucratif par opposition à des services à but non lucratif est celle de la gestion des cas, qui, d'après elle, devrait être laissée à l'administration publique. Mme Henningsen ajoute que la situation des soins à domicile et des soins communautaires est unique sur le plan de la gestion des cas. Presque tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont maintenant le même système de point d'accès unique, d'évaluation et de placement pour les soins à domicile et un système de gestion continue des cas. Elle a fait remarquer que, contrairement à ce qui se passe dans le cas des hôpitaux, dans le domaine des soins à domicile les gestionnaires de cas sont les décideurs ou les contrôleurs,

²³⁹ Dr Taylor Alexander (14:32) et Nadine Henningsen (14:33).

²⁴⁰ Bonnie Pape (19:41).

²⁴¹ Dr Taylor Alexander (14:20).

alors que les fournisseurs de services, qu'il s'agisse de matériel ou de personnel, suivent un plan de gestion de cas préétabli et contrôlé²⁴².

D'autres témoins ont exprimé des réserves quant à la prestation de services à domicile par des organismes privés à but lucratif. Kathleen Connors, présidente de la Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers, a fait remarquer qu'au Manitoba, l'expérience du gouvernement en ce qui concerne les soins à domicile privés à but lucratif avait été un échec. En effet, on n'avait pas réussi à obtenir d'offre plus économique pour la prestation de services de soins de santé à domicile de qualité, si bien que l'on était revenu aux services financés et offerts par le secteur public²⁴³.

Les témoins estiment en général que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer tant en aidant à la recherche afin d'établir des pratiques exemplaires qu'en offrant un niveau approprié de financement. En ce qui concerne les pratiques exemplaires, ils ont signalé l'existence au Manitoba d'un programme de soins à domicile où les fonds consacrés à ces services peuvent atteindre jusqu'à concurrence du montant qu'il en coûterait si le patient était soigné dans un établissement de soins de longue durée. Au chapitre du financement fédéral, les témoins ont demandé que les provinces et les territoires affectent immédiatement des fonds aux soins à domicile et qu'ils rendent compte de leur utilisation.

9.4.4 Soignants naturels

Les témoins ont déclaré que la réduction des services aux hospitalisés avait accru le fardeau de soins qui retombe sur leurs familles et leurs amis. Ce transfert de responsabilité du secteur public au secteur privé rémunéré ou non se produit en même temps que diminuent les familles et que la population âgée augmente.

Le fardeau financier pour les membres de la famille et les amis proches qui assument le soin d'un malade sortant d'un établissement de soins actifs ou nécessitant des soins palliatifs à domicile peut être élevé. Dans l'enquête sociale générale de 1996 sur le soutien social et communautaire, 86 % des soignants offraient des soins non professionnels non rémunérés. Pour l'ensemble, environ 15 % ont indiqué que leur fonction de soignants naturels avait des répercussions économiques sur eux et leurs familles. Les femmes de 45 à 65 ans étaient, dans la plupart des cas, celles qui assuraient ces soins²⁴⁴. Le Comité consultatif national sur l'âge d'or, dans son rôle consultatif auprès du ministre fédéral de la Santé, a recommandé que le Régime de pensions du Canada et l'assurance-emploi tiennent compte des personnes qui quittent temporairement la population active pour assurer des soins non professionnels²⁴⁵.

Nous ne cessons de constater que les soignants naturels sont accablés par l'absence de services dans la collectivité et l'absence d'appui à leur action. C'est une situation critique à laquelle il faut trouver une solution pour le bien des clients victimes de maladies chroniques, handicapés ou mourants.

Diane McLeod, VON, (14:17).

²⁴² Nadine Henningsen (14:20).

²⁴³ Kathleen Connors (13:71).

²⁴⁴ Kelly Cranswick, « Les soignants du Canada », *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1997, Statistique Canada, n° 11-008—XPE au catalogue.

²⁴⁵ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Position sur les soins à domicile*, n° 20, Ottawa, mars 2000.

Les témoins ont signalé que la désinstitutionnalisation, à la fois pour les soins actifs et pour les cas de santé mentale, ne s'était pas accompagnée d'un investissement des fonds ainsi économisés dans les soins communautaires, mais que ces fonds avaient été utilisés à d'autres fins. Ainsi les personnes ayant besoin de soins doivent-elles compter sur l'aide de parents ou d'amis proches. Ces aidants naturels consacrent donc temps et argent à organiser les aides et services nécessaires pour le parent ou l'ami qui n'est plus soigné à l'hôpital. D'après l'Institut Roehrer, organisme national de recherche se penchant sur les questions de politique publique concernant les personnes souffrants d'handicaps intellectuels ou autres, le processus très laborieux qui consiste à trouver des fonds, à traiter avec divers organismes, à gérer les rendez-vous avec plusieurs thérapeutes et à obtenir des services de relève peut mener à un épuisement physique et mental grave pour les aidants naturels²⁴⁶.

Toutes les familles qui s'occupent de quelqu'un à la maison doivent s'efforcer de prévenir cet épuisement physique et mental des soignants naturels. Les témoins ont déclaré que lorsqu'on envisage des soins à domicile, le coût financier des programmes de relève nécessaires aux soignants naturels doit être calculé dans les coûts de santé. Ils ont préconisé des interventions peu coûteuses comme des informations et des conseils, du temps personnel, un soutien psychologique offert par des groupes d'entraide et autres, et la création d'organismes porte-parole.

Les témoins ont demandé que le gouvernement fédéral travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires à l'élaboration d'une stratégie nationale de relève, afin que les aidants naturels puissent avoir le temps de souffler et de récupérer et qu'ils puissent jouir d'une vie personnelle et d'un peu de loisirs. Cette stratégie pourrait inclure tout un éventail de mécanismes financiers pour venir en aide aux soignants, notamment par le régime fiscal, les politiques d'emploi, l'assurance-emploi, les régimes de pension et des paiements directs.

9.4.5 Information et recherche

Les témoins ont signalé le nombre important de questions restées sans réponse en ce qui concerne les soins à domicile et ont demandé de meilleurs systèmes d'information et davantage de recherches. Comme les autres témoins ayant participé à cette étude, ceux qui ont parlé spécifiquement des soins à domicile ont insisté sur le fait qu'il faudrait davantage de données pour être en mesure de prendre des décisions éclairées. À leur avis, tous les aspects de la prestation de soins doivent être étudiés et évalués : il faut notamment déterminer qui seraient les soignants à domicile les mieux qualifiés, formés et aidés et si l'organisme dispensateur des services suit les « pratiques exemplaires » à tous égards, depuis la formation des travailleurs jusqu'à la prestation des services.

On manque, dans le secteur communautaire, de données statistiques qui permettraient de prendre des décisions essentielles pour la prestation des soins. Pour l'instant, nous nous contentons essentiellement d'un système fondé sur le papier. Non seulement cela se traduit par une énorme inefficacité et des coûts supplémentaires, mais aussi, ce qui est peut-être plus grave, cela nous empêche d'évaluer correctement la qualité des services. Contrairement au secteur institutionnel, les administrations publiques du Canada n'ont pas investi substantiellement dans l'élaboration d'un système d'information pour les soins à domicile.

Diane MacLeod, VON (14:16).

²⁴⁶ Institut Roehrer, *When Kids Belong: Supporting Children with Complex Needs – At Home and In the Community*, North York (Ont.), Institut Roehrer, 2000.

À propos de l'information sur la santé, les témoins ont de façon générale signalé que tout ce secteur est actuellement dominé par les hôpitaux et les médecins. C'est ce qu'ont répété les témoins qui sont venus parler des soins à domicile en général et ceux qui ont abordé les questions de santé mentale. On a indiqué que, bien que la majorité des troubles mentaux soient traités dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, les données sur la maladie mentale viennent essentiellement des hôpitaux, qui tirent de plus en plus de renseignements des enquêtes nationales sur la santé²⁴⁷.

Pour ce qui est des systèmes d'information sur les soins à domicile, les témoins ont cité les besoins suivants : un système commun d'évaluation axé sur les résultats pour les clients; un système commun de classification des services et un système d'information clinique pour aider les équipes multidisciplinaires. Régis Paradis, de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, a insisté sur la nécessité de recueillir des données uniformes après une surveillance standardisée :

*Il est nécessaire de disposer de données interprovinciales fiables et documentées sur la rendement et l'efficacité du système de soins de santé, et tout particulièrement sur les services de maintien à domicile. L'Institut canadien d'information sur la santé est un exemple de ce qui peut être fait. De plus, le rôle joué par Développement des ressources humaines Canada est important, car il permet une évaluation globale du problème des ressources humaines dans un secteur donné*²⁴⁸.

Au sujet de la recherche sur les soins à domicile, les témoins ont préconisé de changer la façon dont est actuellement financée la recherche, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'organisations établies telles que les hôpitaux et les universités, pour consacrer des budgets de recherche au secteur communautaire. Les questions à ce sujet avaient trait au rôle du gouvernement et des organisations privées à but lucratif et à but non lucratif ainsi qu'au rôle de la famille, des amis et de la collectivité. Des questions plus précises touchaient le niveau de dépenses par habitant consacrées aux soins à domicile, comparé aux dépenses consacrées aux hôpitaux et aux soins en établissement, et les données quantitatives sur l'effet du passage du PAC (Projet d'animation communautaire) au TCSPS en ce qui concerne les soins à domicile.

Les personnes qui s'occupent de près de soins à domicile estiment qu'on en sait très peu sur la façon dont on pourrait intégrer les soins à domicile au processus de réduction des effectifs dans les hôpitaux ou aux innovations concernant les soins primaires. Elles voudraient savoir s'il serait efficace et rentable d'offrir des incitatifs aux médecins pour qu'ils collaborent avec le personnel infirmier et les gestionnaires de cas affectés aux soins à domicile, de créer des équipes professionnelles et paraprofessionnelles, d'organiser différemment les ressources physiques, techniques et humaines. En particulier, ces personnes voudraient qu'on élabore des évaluations communes des résultats et une classification unique qui permettraient une application plus large des résultats de la recherche.

²⁴⁷ Tom Lips (19:20).

²⁴⁸ Régis Paradis (13:53).

9.4.6 Médicaments sur ordonnance

Pour de nombreux témoins, le fait que des patients plus malades sortent plus vite de l'hôpital a des répercussions importantes sur le coût des médicaments et d'autres coûts que doivent supporter ces patients soignés à domicile. Comme l'a dit le D^r Taylor Alexander : « Alors qu'au départ les soins à domicile étaient conçus pour aider les personnes non seulement dans la phase aiguë d'une maladie mais aussi sur de longues périodes, il faut maintenant consacrer de plus en plus de ressources à ce qu'on appelle la « substitution des soins actifs ». Autrement dit, c'est ni plus ni moins l'hôpital à la maison, avec toutes les ressources très coûteuses et toute la technologie que cela implique »²⁴⁹. Les médicaments sur ordonnance font partie de ces ressources très coûteuses; or ils sont couverts par l'assurance médicale quand on se trouve à l'hôpital, mais pas une fois qu'on est rentré chez soi.

On craint que le fait que ces médicaments ne soient pas couverts ne pousse les malades à prendre des risques, surtout ceux qui ne peuvent pas se permettre d'acheter tous les médicaments dont ils ont besoin. Un groupe à risque est celui des malades mentaux qui ont reçu leur congé de l'hôpital; ils pourraient en effet manquer de ressources financières et autres pour suivre une pharmacothérapie appropriée à la maison.

À propos des soins palliatifs, les témoins ont insisté sur le fait qu'un élément critique pour que ces soins soient efficaces est que le patient ne souffre pas. Le D^r Taylor Alexander a parlé de nombreux cas où la gestion de la douleur fait défaut, souvent parce que les patients et leurs familles ne peuvent se permettre les médicaments nécessaires pour contrôler la douleur. Cette situation tragique occasionne des souffrances inutiles pour les malades²⁵⁰.

Dans le rapport du Sénat sur les soins au terme de la vie, on trouve un aperçu des réponses des provinces aux questions portant sur l'élimination des obstacles financiers aux soins palliatifs communautaires causés par le coût des médicaments et des autres fournitures médicales. Ce rapport révèle que bien de provinces ont déjà pris des mesures pour fournir des médicaments aux patients que les médecins ou les évaluations de gestion de cas jugent nécessiter des soins palliatifs²⁵¹.

9.4.7 Télésanté

On considère que la technologie dans diverses applications de télésanté est un élément crucial du débat sur les soins à domicile. Il est déjà possible de relier le matériel installé au domicile du patient aux installations locales de santé grâce à des lignes téléphoniques. D'autres possibilités devraient bientôt se concrétiser. Parmi les diverses applications de télésanté se rattachant aux soins à domicile, citons les suivantes : la télémedecine, qui permet des

Dans une dizaine d'années, vous aurez un dispositif de communication à la maison. Ce ne sera pas un téléviseur. Ce sera un écran de télévision plat, probablement un écran à plasma, collé sur votre mur. Il sera activé à la voix. Vous lui parlerez. Vous direz : « Appelle-moi le médecin. » Il appellera automatiquement le médecin. Vous discuterez avec lui. Vous aurez une encoche dans laquelle vous pourrez mettre votre doigt, et l'appareil vous fera automatiquement un test sanguin et prendra votre pouls.

William Pascal, Bureau de la santé et de l'inforoute, Santé Canada (12:24).

²⁴⁹ D^r Taylor Alexander (14:25).

²⁵⁰ D^r Taylor Alexander (14:14).

²⁵¹ Sous-comité sénatorial de mise à jour de « De la vie et de la mort », *Soins de qualité au terme de la vie : Le droit de tout Canadien*, juin 2000, annexe I, mise à jour 2000.

consultations médicales, des diagnostics, la réadaptation à distance d'un patient à domicile; la télé-éducation, qui permet des échanges d'information entre les professionnels de la santé et le patient à domicile; le télémonitorage, qui permet de surveiller le patient qui suit un traitement d'hémodialyse, un traitement cardiaque ou un traitement oncologique chez lui ou d'aider une personne âgée chez elle; et le télé réseautage, qui permet de relier les dossiers du patient à domicile aux pharmacies et aux laboratoires.

Diverses provinces essaient d'autres méthodes pour relier les patients à domicile et les professionnels. L'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont récemment mis sur pied des centres d'appel ouverts 24 heures sur 24 où le public peut téléphoner pour demander des renseignements et des conseils d'ordre médical. Santé Canada a collaboré avec l'Ontario pour mettre sur pied dans les hôpitaux des postes de surveillance qui relient le personnel infirmier et les médecins aux professionnels des soins à domicile travaillant dans les centres d'accès aux soins communautaires²⁵².

Comme l'ont fait remarquer des témoins, la rentabilité de la télésanté en ce qui concerne les soins à domicile n'a pas encore été évaluée. L'analyse des coûts actuelle indique que l'établissement de liens avec le domicile du patient peut permettre de réaliser des économies à plusieurs égards. Du point de vue du professionnel de la santé, une infirmière pourrait voir beaucoup plus de gens à domicile si elle n'avait pas à parcourir de longues distances en voiture chaque jour. Du point de vue du système public de soins de santé, des données provenant des États-Unis révèlent que la surveillance des enfants asthmatiques à l'école au moyen de systèmes informatiques pourrait réduire les cas d'hospitalisation et contribuer à l'améliorer le bien-être de ces enfants. Sur le plan familial, la télésanté pourrait faire économiser des frais de déplacement. Par exemple, le transport d'un enfant et de sa famille de Thunder Bay à Toronto peut coûter jusqu'à 1 300 \$²⁵³.

Le Comité a d'autre part appris qu'un autre avantage de la télésanté à domicile ainsi qu'ailleurs est que cette technologie peut réduire les problèmes de langue et d'analphabétisme. Le D^r Thomas Ward, du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé, a signalé que : « Dans les Maritimes, nous avons un gros problème d'analphabétisme, notamment parmi la population adulte. La plupart des gens quittent l'école très jeunes pour travailler sur les bateaux de pêche ou dans les mines. On peut s'occuper de la santé de cette population sans qu'elle ait à quitter la maison grâce à un réseau interactif de télévision. On dispose des techniques nécessaires pour que quelqu'un à l'autre bout – un simple visage – puisse répondre aux questions, et la personne n'est pas obligée de lire un document technique²⁵⁴.

9.5 Commentaires du Comité

Le Comité convient avec les témoins que, dans le domaine des soins à domicile, les questions touchant les normes nationales, les ressources humaines, l'organisation et le financement, les soignants naturels, l'information et la recherche, les médicaments sur ordonnance et la technologie sont devenues urgentes. Il souhaiterait que les soins à domicile et les soins de remplacement occupent une place plus importante dans les politiques gouvernementales. Les données de plus en plus nombreuses dont on dispose sur la rentabilité des services et des soins à

²⁵² William Pascal (12:24).

²⁵³ *Ibid.*

²⁵⁴ D^r Thomas Ward (13:26).

domicile sont encourageantes, tout comme d'ailleurs la participation importante des organismes communautaires à la définition des besoins des groupes de la population canadienne qui pourraient le plus profiter de l'accroissement des services et des soins à domicile.

Le Comité reconnaît d'autre part que, bien qu'on ait beaucoup discuté de la façon dont les soins et les services à domicile peuvent remplacer les soins actifs (ou de courte durée), on ne s'est pas suffisamment attardé à la question de savoir comment ils pourraient remplacer les services dans les établissements de soins prolongés et dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes. Il n'existe pas non plus suffisamment de données ni de recherches sur les soins à domicile appliqués aux soins palliatifs ou à la prévention de l'incapacité grâce à des aides sociales ou autres.

Le Comité reconnaît par ailleurs que le gouvernement fédéral pourrait influencer de plusieurs façons sur les résultats des soins à domicile au Canada²⁵⁵. Pour développer davantage les soins à domicile en tant que programme national, il pourrait continuer d'augmenter les budgets des programmes et des services de soins à domicile directs pour certains groupes qui relèvent de sa compétence. Il pourrait accroître les transferts fédéraux dans le cadre du TCSPS pour aider les provinces à développer leurs programmes de soins à domicile ou à concevoir des programmes axés sur certains aspects des soins à domicile. Il pourrait fournir une aide financière complémentaire aux clients des soins et services à domicile au moyen de crédits et de déductions d'impôt. Il pourrait recueillir et analyser des données sur les soins à domicile et accroître les budgets de recherche dans ce secteur. Il pourrait encourager les projets de télésanté dans le secteur des soins à domicile. Il pourrait élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* de façon à permettre que les services de santé nécessaires puissent être assurés dans d'autres milieux que les hôpitaux et les cabinets de médecins. Enfin, pour accomplir tout cela, le gouvernement fédéral pourrait favoriser de vastes consultations fédérales, provinciales et territoriales.

²⁵⁵ Nancy Miller-Chenier, *Soins à domicile : Une perspective fédérale*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Capsules d'information pour les parlementaires, 77-F, 19 décembre 2000.

Le Canada rural couvre 9,5 millions de km², soit environ 95 % du territoire du pays. Environ 9 millions de Canadiens, soit environ 30 % de la population totale, habitent la campagne ou des régions éloignées. Dans les régions rurales et éloignées, le paysage est diversifié et l'activité économique variée. L'observation du Canada rural permet de dégager certains éléments caractéristiques :

- Il comprend les campagnes et les communautés isolées, mais aussi de petites villes loin des grands centres.
- La population rurale la plus éloignée des centres urbains continue de diminuer, en particulier à cause de l'exode des jeunes pour les études et l'emploi, et du départ des personnes âgées attirées par les établissements de soins de longue durée.
- La population rurale est en croissance à proximité des villes et dans les zones touristiques.
- Plus de la moitié des Autochtones (vivant dans les réserves ou dans des collectivités inuites ou métisses) vivent dans des régions rurales.
- L'Ontario et la Colombie-Britannique affichent la plus faible proportion de population rurale, tandis que les territoires et les provinces de l'Atlantique en regroupent la plus forte proportion. Près de la moitié de la population des provinces de l'Atlantique vit à la campagne.
- Les personnes âgées, les enfants et les jeunes de moins de 20 ans sont surreprésentés dans les régions rurales. Selon le recensement de 1996, par rapport à la moyenne nationale, les régions rurales comptent un pourcentage plus élevé d'enfants âgés de 5 à 19 ans, un plus faible pourcentage d'hommes de 20 à 39 ans et de femmes de 20 à 49 ans, et un plus fort pourcentage d'hommes de plus de 55 ans et de femmes de 60 à 69 ans.
- En général, le taux de chômage est plus élevé dans les régions rurales et le niveau de scolarité plus faible.
- La population rurale des Prairies affiche un taux de chômage plus faible que celle des provinces de l'Atlantique²⁵⁶.

10.1 Indicateurs de l'état de santé

Un rapport récent, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for All Canadians*, révèle qu'il n'existe pas beaucoup de données sur la santé de la population rurale, mais que l'espérance de vie, le taux de mortalité et le taux de mortalité infantile

²⁵⁶ Canada, Partenariat rural canadien, *Document de travail pour le dialogue rural*, Ottawa, 1998; Canada, secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural : Rapport annuel au Parlement*, Agriculture et Agroalimentaire Canada, mai 2000.

donnent quelques indices de l'état de santé. Dans l'ensemble, par rapport aux régions urbaines, l'espérance de vie dans les régions rurales est plus courte et les taux de mortalité et de mortalité infantile sont plus élevés. En 1996, l'espérance de vie des femmes était de 80,82 ans, contre 81,31 ans pour les femmes des régions urbaines. Les chiffres comparables pour les hommes sont de 74,67 ans et de 75,67 ans²⁵⁷.

Dans l'ensemble, l'état de santé de la population des régions rurales et éloignées est moins bon que celui des citadins. Le D^r Peter Hutten-Czapski, président de la Société des médecins ruraux du Canada, fait remarquer ce qui suit :

L'enquête a fait ressortir que la santé tend à se détériorer progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la périphérie des centres urbains pour s'enfoncer plus profondément dans l'intérieur.

D^r Peter Hutten-Czapski, président de la Société des médecins ruraux du Canada (17:13).

L'état de santé se dégrade lorsqu'on se déplace vers les régions plus rurales et plus éloignées. Par exemple, les maladies cardiaques sont fréquentes dans le Nord de l'Ontario. Certains types de cancer sont observés chez les mineurs et les agriculteurs. On constate en outre des taux beaucoup plus élevés de maladies comme le diabète, les maladies respiratoires et infectieuses, de même que des taux plus élevés de décès attribuables à la violence dans certaines collectivités autochtones. Ces taux combinés font qu'on observe une mortalité accrue dans les régions rurales, comme le démontrent les données sur la longévité.

L'espérance de vie inférieure n'est pas associée seulement à quelques causes précises; plutôt, les taux de mortalité dans ces régions sont supérieurs en ce qui a trait à la plupart des causes de décès. Comme c'est le cas pour d'autres mesures de la santé de la population, il existe un lien avec les facteurs socio-économiques : l'espérance de vie diminue à mesure que le taux de chômage s'accroît et que le niveau de scolarité baisse²⁵⁸.

Les besoins de la population rurale en ce qui concerne la santé et les soins diffèrent de ceux des citadins. Comme le signale le Bureau de la santé rurale de Santé Canada :

Dans ces régions, les réalités et les besoins en matière de santé diffèrent de ceux des centres urbains. Ces besoins peuvent être liés à l'environnement (p. ex., le besoin de formation en prévention des renversements de tracteur), à l'évolution démographique (p. ex., l'augmentation du nombre de personnes âgées dans certaines régions rurales), à un besoin en santé commun qui existe dans une région rurale donnée (p. ex., l'état de santé des communautés des Premières nations), ou à la nécessité de s'attaquer aux problèmes de santé selon une perspective qui tienne compte de la réalité rurale (p. ex., des services d'obstétrique qui n'obligent pas les femmes des milieux ruraux à se déplacer sur de longues distances)²⁵⁹.

²⁵⁷ M. Watanabe et A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for All Canadians, A Report of the Rural Health Research Summit*, janvier 2000, p. 21.

²⁵⁸ Peter Hutten-Czapski, *L'état des soins de santé ruraux au Canada*, mémoire présenté au Comité, 31 mai 2001, p. 4-5.

²⁵⁹ Santé Canada, *Santé rurale* (<http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/>).

Ce témoignage souligne que certaines populations rurales du Canada peuvent présenter des besoins particuliers selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la profession ou d'autres facteurs. Ainsi, diverses études révèlent que :

- Les aînés sont surreprésentés dans les régions rurales du Canada, tout comme les enfants et les jeunes de moins de 20 ans. On note des problèmes particuliers en ce qui concerne les aînés qui ont besoin de soins à domicile ou de soins prolongés et les enfants et les jeunes qui ont des besoins médicaux particuliers ou qui vivent dans un contexte de violence familiale.
- Les agriculteurs, les exploitants forestiers et les mineurs courent parfois de graves dangers au travail. Aux accidents causés par la machinerie de plus en plus complexe utilisée dans leur métier s'ajoutent l'exposition aux produits chimiques, le bruit, les longues heures de travail, les températures extrêmes, les maladies infectieuses et le stress.
- Les Autochtones connaissent beaucoup de problèmes de santé en raison de leur situation socio-économique, mais ils souffrent également d'une insensibilité à leur culture, tout comme les immigrants nouvellement arrivés : manque de services dans leur langue, ignorance de leurs pratiques culturelles de la part du personnel médical, problèmes découlant du fait que les services sont conçus pour la population majoritaire²⁶⁰.

10.2 Accès aux soins dans les régions rurales et éloignées

Le principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne de la santé* veut que tous les Canadiens aient un accès raisonnable aux services de santé, dans des conditions uniformes et sans obstacles financiers ou autres. Le D^r John Wootton, ex-directeur exécutif du Bureau de la santé rurale et aujourd'hui conseiller spécial en santé rurale à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à Santé Canada, soulève le problème de l'accessibilité pour la population rurale : « S'il existe une médecine à deux vitesses au Canada, la distinction n'est pas entre les riches et les pauvres, mais bien entre la ville et la campagne »²⁶¹

« S'il existe une médecine à deux vitesses au Canada, la distinction n'est pas entre les riches et les pauvres, mais bien entre la ville et la campagne ».

D^r John Wootton, cité dans Farm Family Health.

La population des régions rurales et éloignées a le choix parmi une gamme plus restreinte de fournisseurs de soins de santé que la population citadine. Les fermetures d'hôpitaux en région et la centralisation des services de santé a eu un impact sur la population rurale. Les médecins de campagne expliquent que lorsque la population rurale ne peut pas obtenir des soins assurés auprès des fournisseurs locaux dans les établissements de santé locaux, elle doit parcourir de grandes distances et assumer des dépenses supplémentaires de transport et autres, par exemple des frais d'hébergement. Cela peut également avoir des conséquences néfastes pour la santé :

²⁶⁰ Pour l'examen de ces facteurs, voir Therese Jennissen, *Questions de santé dans le Canada rural*, Direction de la recherche parlementaire, BP-235F, 1993.

²⁶¹ Interview du D^r John Wootton, "New Office to Focus on Rural Health Issues," *Farm Family Health*, 7(1) printemps 1999.

Nous devons comprendre que si les résidents des régions rurales sont obligés de se déplacer pour se faire soigner, certains d'entre eux ne le feront pas. S'ils ne se déplacent pas, ils ne pourront pas atteindre les niveaux de santé de ceux qui acceptent de le faire. Certains vont se déplacer, mais le temps d'un déplacement leur coûtera cher. D'autres seront à la merci des moyens de transport ou du temps. Obliger toute une population à se déplacer sur de longues distances pour recevoir des soins, même s'il s'agit d'aller dans un très bon centre, à son niveau de santé.

*C'est particulièrement inquiétant pour les femmes. Des études montrent que les choses ne se passent pas très bien pour les femmes lorsqu'elles doivent effectuer un long déplacement pour accoucher. Il faut noter qu'en Saskatchewan, la fermeture en 1993 de 53 hôpitaux en milieu rural s'est traduite par une augmentation de la mortalité périnatale. On ne peut pas dire qu'il y a dans un tel cas une relation de cause à effet, mais la situation est certainement préoccupante.*²⁶²

Le recrutement et la fidélisation du personnel de santé - médecins, spécialistes, infirmières, techniciens, travailleurs sociaux, physiologistes et nutritionnistes - dans les régions rurales et éloignées du Canada posent problème depuis longtemps. L'accès aux médecins constitue un problème particulier. Le Dr Hutten-Czapski ajoute ceci :

*Les médecins sont concentrés là où vivent les Canadiens dont l'état de santé est le meilleur, et ce sont ceux qui sont malades qui ont le moins accès aux soins de santé. C'est donc ainsi que s'accroît l'écart entre les populations urbaines et les populations rurales.*²⁶³

Les pénuries de médecins en région sont persistantes et vont continuer. Selon l'Association médicale canadienne :

Les modèles statistiques prévoient que le nombre de médecins ruraux passera de 5 531 en 1998 à 4 529 en 2021. Le rapport du nombre de médecins pour 1 000 habitants passera d'un maigre 0,79 médecin en 1999 à 0,53 d'ici 2021 (une baisse de 33 %).

Société de la médecine rurale du Canada, mémoire, p. 1.

- 30 % de la population canadienne vit dans des régions rurales ou éloignées, mais seulement 10 % des médecins canadiens pratiquent à l'extérieur d'une zone métropolitaine de recensement ou d'une agglomération de recensement;
- 87 % des quelque 5 700 médecins de campagne sont des médecins de famille;
- La majorité des médecins de campagne (72 %) sont diplômés des facultés de médecine du Canada, mais le nombre de diplômés canadiens varie d'une province à l'autre. À Terre-Neuve, le tiers des médecins de campagne sont des diplômés canadiens; en Saskatchewan, c'est 20 %. Au Québec, 95 % des médecins de campagne ont été formés au Canada²⁶⁴.

²⁶² Dr Peter Hutten-Czapski (17:13).

²⁶³ Ibid.

²⁶⁴ Association médicale canadienne, *Santé dans les régions rurales et éloignées du Canada*, mémoire présenté au Comité, 31 mai 2001.

Au début des années 90, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont envisagé des stratégies de gestion de l'effectif médical; à la fin de la décennie, ils examinaient des options visant l'effectif médical et infirmier au sein du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé. Un document de travail préparé par le Comité en 1999, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited* (Barer et Stoddart, 1999) attribue la pénurie de médecins en région à « un déséquilibre fondamental entre, d'une part, les besoins des collectivités en région et, d'autre part, les besoins et les choix des aspirants médecins ainsi que les influences qu'ils subissent²⁶⁵ ». Barer et Stoddart font également observer ce qui suit :

Beaucoup de localités de tout le pays sont vraiment trop petites pour faire vivre un médecin généraliste, ou permettraient d'en faire vivre un, mais pas deux ou trois, et encore moins toute la gamme des spécialistes qu'on retrouve dans des grandes villes. Par ailleurs, la plupart des étudiants canadiens acceptés dans les facultés de médecine du pays proviennent des villes; l'essentiel de leur formation médicale a lieu en ville; ils se forment surtout dans les hôpitaux tertiaires qu'on ne retrouve qu'en ville; la majeure partie de la formation est dispensée par des médecins enseignants qui travaillent en ville; il y a, en proportion de la population, plus d'occasions de pratiquer dans les villes; l'accès aux collègues spécialistes et aux ressources complémentaires de traitement et de diagnostic est plus facile en ville; les heures de travail sont plus susceptibles d'y être « régulières » et, en particulier, les horaires d'appel sont moins onéreux; enfin, il y a plus d'emplois dans les domaines social, éducatif et récréatif, et plus d'activités culturelles pour les médecins et leur famille dans les villes²⁶⁶.

(...) le médecin rural est actuellement le produit d'un accident plutôt que d'un processus planifié. En fait, la plus grande école de médecine qui intéresse particulièrement le Canada rural comme source de médecins est celle de l'université de Johannesburg. Nous avons 1 500 médecins venant d'Afrique du Sud en Saskatchewan.

Dr Hutten-Czapski (17:29).

Les experts estiment que le lieu de pratique est déterminé par un ensemble complexe de facteurs qui ne sont pas que financiers, alors qu'on tente de corriger les pénuries de médecins en région par des incitatifs économiques ou financiers²⁶⁷. Les antécédents personnels, la formation professionnelle et les facteurs de la pratique, des considérations personnelles comme l'éducation des enfants, les loisirs, les possibilités d'emploi pour le conjoint ainsi que la taille de la localité sont également des facteurs importants pour le choix du lieu de pratique. Quant aux facteurs financiers, ils ne sont pas aussi importants que les facteurs personnels. Les médecins qui déménagent pour des raisons professionnelles indiquent également que certains facteurs ont un plus grand nombre de collègues, la possibilité de se faire remplacer à son cabinet par un collègue, la possibilité de pratiques

²⁶⁵ Morris L. Barber et Greg L. Stoddart, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, document de travail préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé, juin 1999, p. 3 (disponible sur Internet : <http://www.srpc.ca/librarydocs/BarSto99.htm>).

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ Morris L. Barer, Laura Wood, David G. Schneider, *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*, Centre for Health Services and Policy Research, The University of British Columbia, mai 1999, p. 7.

de groupe, les services de spécialistes et d'autres formes de compensation - les auraient incités à demeurer en région pour pratiquer²⁶⁸.

Malheureusement, on dispose de très peu de données sur les infirmières et les autres professionnels de la santé qui travaillent en région.

Diverses mesures ont été proposées pour atténuer les pénuries de médecins en région, notamment :

- Réserver des places dans les facultés de médecine pour les candidats prêts à aller travailler en région;
- Revoir les critères d'admission des facultés de médecine pour favoriser les candidats qualifiés provenant des régions rurales;
- Développer l'exposition aux régions rurales à la fois au premier cycle universitaire et dans le perfectionnement postdoctoral;
- Établir de nouveaux programmes de formation en résidence destinés explicitement à préparer les spécialistes aux services de consultation en région;
- Créer des incitatifs financiers ou accroître ceux qui existent déjà pour encourager les médecins à choisir des spécialités rares en région.

Les provinces et les territoires ont utilisé plusieurs formes d'incitatifs pour attirer les médecins en région. La plupart de ces incitatifs sont de nature financière, mais certains visent les conditions de travail. D'autres visent à diriger les médecins vers des endroits où ils peuvent établir des pratiques, d'autres encore à recruter des diplômés étrangers en médecine, et d'autres enfin à attirer des candidats ruraux dans les écoles de médecine et à exposer les étudiants en médecine au milieu rural. Les recherches démontrent qu'une plus grande proportion d'étudiants provenant des régions retourne en région parce qu'ils y sont déjà à l'aise. Comme les gouvernements reconnaissent qu'il peut être plus facile de garder dans les régions rurales des médecins qui y ont été élevés, les programmes visant à attirer à la médecine des candidats des campagnes se multiplient. Ainsi, on créera une faculté de médecine rurale dans le Nord de l'Ontario, la *Thunder-Barrie Medical School*. Les médecins de campagne ont exhorté le gouvernement fédéral à consacrer la moitié de ses fonds à la création de facultés de médecine rurales au Canada.

De nombreux médecins s'installent dans les collectivités rurales grâce à ces programmes d'encouragement. Le problème c'est qu'ils n'y restent pas.

Dr Peter Hutten-Czapski (17:13).

Barer, Wood et Schneider (1999) indiquent également que les provinces et les territoires connaissent tous les mêmes problèmes de répartition des services et des effectifs en santé, mais qu'ils ne collaborent guère entre eux pour les résoudre.

L'absence de mesures pancanadiennes a donné lieu à une concurrence destructrice plutôt qu'à la coopération.

Barer, Wood et Schneider, 1999.

William Tholl, secrétaire général et président directeur général de l'Association médicale canadienne (AMC), attribue le peu de succès des programmes au fait que les incitatifs financiers n'ont guère à voir avec les principaux facteurs en cause dans la décision des médecins de

²⁶⁸ William Tholl, secrétaire général et président directeur général de l'Association médicale canadienne (17:8).

s'installer et de demeurer en région : c'est-à-dire ceux qui ne sont pas de nature financière²⁶⁹. En outre, l'absence de coopération entre les provinces donne à penser que le gouvernement fédéral pourrait intervenir pour favoriser cette collaboration.

Notons que le Canada n'est pas seul à connaître des problèmes de prestation de soins de santé dans les régions rurales et éloignées. On observe des écarts importants dans la répartition de l'offre de soins de santé dans presque tous les pays industrialisés. Les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, par exemple, connaissent des problèmes d'effectifs sanitaires semblables aux nôtres. Comme le Canada, ces pays ont pris plusieurs mesures pour tenter d'y remédier.

10.3 Télémédecine

De nombreux experts considèrent que la télémédecine est un important outil de prestation des soins dans les régions rurales et éloignées. Ses tenants estiment qu'elle est porteuse de grandes promesses. Le Bureau de la santé et l'Inforoute de Santé Canada fait la promotion de la télémédecine comme moyen de mieux répartir les ressources sanitaires et de relier les patients et les soignants séparés par de grandes distances. La Société des médecins ruraux du Canada voit à la fois un avantage et un risque à la télémédecine. L'avantage, c'est qu'elle permet de compléter les compétences et les capacités des soignants des régions dans des situations médicales qui obligerait autrement les patients à voyager pour accéder aux soins. Le risque, c'est qu'elle détourne des ressources du milieu local, avec le résultat que les soins requis ne seraient offerts que par des sources de l'extérieur²⁷⁰.

La télémédecine est un élément très positif de la prestation des soins aux populations rurales de notre pays.

Dr Judith Kulig, Consortium for Rural Health Research, (17:6).

10.4 Recherche sur la santé en milieu rural

Les témoins ont confirmé qu'il y a de nombreuses lacunes dans les données portant sur la santé des particuliers et des collectivités vivant en milieu rural au Canada. En outre, il n'y a pas suffisamment de recherches sur les questions de santé en région. De l'avis des témoins, ces questions semblent éclipsées au profit des problèmes que connaissent les villes. Les politiques adoptées sont souvent basées sur l'expérience des villes et s'appuient sur des données recueillies et des recherches faites en milieu urbain. Un document d'orientation de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et du Conseil de recherches en sciences humaines souligne ce qui suit :

Parce que les problèmes de santé en région sont graves, complexes, interreliés et en évolution, la recherche devrait jouer un rôle essentiel dans l'examen de la nature des problèmes, le contrôle du progrès ou de la détérioration, l'identification des causes, la recherche de solutions et l'évaluation de l'efficacité des diverses interventions. Cependant, à ce jour, la recherche sur la santé en milieu rural n'a pas bénéficié d'un soutien important ni constant de la part des organes subventionnaires de la recherche au Canada. En général, dans le milieu de la recherche en santé, les questions touchant les régions sont soit négligées, soit abordées de

²⁶⁹ William Tholl (17:9).

²⁷⁰ Société des médecins ruraux du Canada, mémoire, p. 4.

*manière générique. Dans les études génériques, même lorsque le monde rural est mentionné, il sert généralement d'un terme de comparaison commode pour illustrer les différences entre les villes et la campagne. Le monde rural est rarement le centre de l'attention et, pourtant, les résultats et les recommandations provenant de la recherche portant sur les villes sont souvent considérés universellement applicables ou sont extrapolés au contexte rural*²⁷¹.

Une des faiblesses relevées dans la recherche sur la santé en milieu rural est le manque de coordination et de planification. Un sommet portant sur ce type de recherche en 1999 visait à établir un plan d'action pour la recherche sur la santé en région. D'autres mesures comme la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont accru les budgets de recherche et la nomination d'un conseiller spécial à la santé en milieu rural auprès du président des instituts, deux mesures importantes pour la recherche sur la santé en milieu rural. En outre, un consortium sur la recherche en santé en milieu rural a été créé en 1999 pour développer la capacité de recherche portant sur ce sujet.

10.5 Rôle du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a répondu aux doléances de la population rurale de plusieurs façons. Ainsi, le Bureau de la santé rurale a été créé en septembre 1998 pour mieux refléter les opinions et les préoccupations de la population rurale du Canada dans la politique sanitaire nationale et les stratégies de renouvellement du système de soins de santé. En février 1999, le gouvernement fédéral a annoncé le versement de 50 millions de dollars sur trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002) à l'appui de projets pilotes relevant de l'Initiative d'innovation en santé rurale et communautaire.

En juin 2000, le gouvernement fédéral a annoncé une Stratégie nationale sur la santé en milieu rural, qu'il considère comme une étape importante en vue de garantir à tous les Canadiens un accès fiable à des soins de santé de qualité. Puis, en juillet 2001, il a annoncé la création d'un Conseil consultatif ministériel national sur la santé rurale pour conseiller le ministre fédéral de la Santé sur la façon dont le gouvernement fédéral peut améliorer la santé des particuliers et des collectivités des régions rurales.

10.6 Commentaires du Comité

Le système de soins de santé du Canada doit faire face à de nombreux défis, dont certains des plus importants consistent à répondre aux besoins des populations des régions rurales et éloignées. Nous savons qu'en général, les populations rurales présentent des taux de mortalité plus élevés, des taux de mortalité infantile plus élevés et une espérance de vie moins longue que les populations urbaines. Nous savons également que certaines maladies et infections sont plus fréquentes dans les régions rurales et dans les métiers qu'on y retrouve. Les témoins ont cependant signalé qu'on connaît très mal l'état de santé des Canadiens vivant à la campagne. Le D^r Judith Kulig,

²⁷¹ Raymond W. Pong, Anne Marie Atkinson, Andrew Irvine, Martha MacLeod, Bruce Minore, Ann Pegoraro, J. Roger Pitblado, Michael Stones, Geoff Tesson, *Rural Health Research in the Canadian Institutes of Health Research*, exposé de principe préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, p. 3.

du Consortium for Rural Health Research, considère que l'information à cet égard est très insuffisante²⁷². Elle attribue cette lacune au nombre restreint de chercheurs qui s'intéressent à la santé des populations rurales et au soutien financier insuffisant accordé à la recherche dans ce domaine.

Au Canada, offrir un accès égal aux soins de santé en région est un défi. On a dit au Comité que des tendances généralisées, comme des carences dans l'effectif médical et la centralisation accrue des services médicaux, nuisent à l'accès aux soins. Le système actuel de formation médicale ne permet pas de produire en nombre suffisant des médecins intéressés à pratiquer en région, et les incitatifs financiers provinciaux qui servent à attirer et à retenir les médecins de campagne n'ont pas connu beaucoup de succès. Les applications de la télémédecine peuvent contribuer à résoudre certains problèmes, mais ce n'est qu'un élément de la solution.

Les témoins ont insisté sur le fait qu'il est important que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et les territoires afin d'élaborer des stratégies nationales visant à résoudre les problèmes qui touchent la santé en région, qu'il s'agisse de problèmes de planification, de recherche ou de personnel soignant, ou de la réduction des barrières structurelles qui empêchent l'établissement d'une véritable politique nationale de la santé en milieu rural. Les témoins ont sollicité la présence du gouvernement fédéral dans des domaines comme le financement, l'immigration, la planification, l'évaluation, le partage de l'information et la coordination, la technologie, la contribution au consensus, la promotion de solutions novatrices aux problèmes de santé en région, et ont demandé l'expansion du mandat du Bureau de la santé rurale de Santé Canada²⁷³.

Nous espérons que la création du Conseil consultatif ministériel national sur la santé rurale débouchera sur des politiques et des programmes concrets qui contribueront effectivement à améliorer la santé de la population rurale du Canada.

²⁷² Dr Judith Kulig (17:4).

²⁷³ En septembre 1998, le Bureau de la santé rurale a été créé à Santé Canada pour donner une perspective rurale aux politiques, aux programmes et aux services du gouvernement fédéral. Le mandat du Bureau consiste à :

- Orienter les politiques sur les questions de santé en milieu rural;
- Identifier les problèmes de la santé en milieu rural dans le contexte des grandes priorités fédérales, ministérielles et régionales;
- Favoriser la connaissance des problèmes de santé en milieu rural d'envergure nationale et élaborer un consensus sur la façon de les régler;
- Identifier les nouvelles tendances;
- Collaborer avec d'autres intervenants à promouvoir, encourager ou influencer l'action sur les dossiers de la santé en milieu rural;
- Promouvoir la participation de la population, des collectivités et des soignants en milieu rural.

CHAPITRE ONZE

MYTHES ET RÉALITÉS

Tel que mentionné dans le rapport de la phase un, le débat sur le système de soins de santé au Canada et son avenir prête à beaucoup de confusion. Dans le présent chapitre, le Comité analyse brièvement une série d'affirmations afin de distinguer le mythe de la réalité. Nous espérons que cette information favorisera un débat informé et factuel sur la santé et les soins.

11.1 Mythes au sujet du vieillissement

Mythe : La principale cause de l'augmentation des dépenses de santé, ce sont les besoins de la population âgée.

Réalité : En moyenne, les Canadiens de 65 ans et plus consomment plus de services de santé que leurs cadets. Cependant, le vieillissement de la population n'est qu'un des nombreux facteurs (liés à l'offre et à la demande) qui contribuent à la hausse du coût des soins. Parmi les autres facteurs, mentionnons le recours aux nouvelles techniques, le coût des médicaments nouveaux, les nouvelles attentes du public et l'évolution des maladies. Tous ces facteurs influent sensiblement sur le coût des soins.

Les Canadiens vivent plus longtemps et davantage en santé. Par conséquent, il faut repenser l'impact prévu du vieillissement de la population sur le système de soins de santé. En outre, s'il faut analyser et gérer les coûts découlant du vieillissement, il est encore plus important de se préoccuper du coût des soins dispensés généralement durant les six derniers mois de la vie, quel que soit l'âge du patient. En effet, le coût des soins médicaux reçus augmente de façon exponentielle dans les derniers temps de la vie. Par conséquent, ce n'est pas le vieillissement de la population en soi qui influe sur le coût des soins, mais plutôt l'accroissement général de la population.

11.2 Mythes au sujet du coût des médicaments

Mythe : Les dépenses en médicaments augmentent parce que ceux-ci coûtent plus cher.

Réalité : Plusieurs facteurs sont responsables de l'augmentation des dépenses relatives aux médicaments : utilisation accrue, recours aux nouvelles médications plus coûteuses aux dépens des anciens médicaments, augmentations des prix. À partir des données de la Colombie-Britannique, le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation des médicaments (voir chapitre 2) a constaté que l'augmentation des dépenses en médicaments d'ordonnance est attribuable aux facteurs suivants : recours accru aux médicaments existants (50 %), vente de nouveaux médicaments durant leur première année complète (32 %) et augmentation du prix des médicaments existants (18 %). Ainsi, ce sont davantage l'utilisation accrue des médicaments et le recours à de nouveaux médicaments qui sont responsables de l'augmentation récente des dépenses au titre des médicaments, plutôt que le prix des médicaments comme tel.

Mythe : Partout au Canada, la population a le même accès aux médicaments d'ordonnance en vertu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments.

Réalité : Il y a d'importantes variations entre les divers régimes provinciaux d'assurance-médicaments pour ce qui est de l'admissibilité à la couverture et de la part remboursée. La population de l'Atlantique n'est pas aussi avantagée que celle des autres régions. En outre, beaucoup de personnes ont une couverture inadéquate ou aucune couverture du tout. Les travailleurs à temps partiel et les personnes à faible revenu sont particulièrement vulnérables, car il arrive très souvent qu'ils ne soient admissibles ni au régime gouvernemental, ni à un régime d'assurance-médicaments de l'employeur.

Mythe : Le prix des médicaments est le même partout au Canada.

Réalité : Le prix des médicaments varie d'une province à l'autre. Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur le prix des médicaments signale d'importantes différences dans le prix du fabricant pour les mêmes médicaments au Canada. En 1993, c'est en Ontario que les prix étaient le plus élevés, et ils étaient 8,8 % supérieurs à ceux de la Colombie-Britannique, province où les médicaments coûtaient le moins cher. En 1997, dernière année étudiée dans le rapport, l'écart entre les prix s'était réduit, mais en Nouvelle-Écosse, où les médicaments coûtaient le plus cher, les prix étaient quand même supérieurs de 5 % à ceux du Manitoba, province où les médicaments coûtaient le moins cher. Un groupe de travail a également constaté que si toutes les provinces visées par l'étude avaient payé le prix minimal de chaque médicament en 1997, elles auraient économisé ensemble 60 millions de dollars.

Malgré les diverses mesures prises pour contrôler les prix, les dépenses en médicaments devraient continuer à augmenter, surtout à cause de l'accroissement de l'utilisation et de la consommation accrue de médicaments nouveaux et plus coûteux.

11.3 Mythes au sujet de la technologie médicale

Mythe : Toutes les technologies médicales utilisées actuellement dans le système de soins de santé du Canada ont été évaluées pour leur sécurité, leur efficacité clinique et leur économie.

Réalité : Ce n'est malheureusement pas le cas. Comme l'indique le chapitre 3, le Canada ne consacre pas beaucoup d'argent à l'évaluation des technologies médicales. Nous dépensons moins à cet égard que d'autres pays. Ainsi, les administrations publiques canadiennes y consacrent globalement moins de 8 millions de dollars, tandis que la Grande-Bretagne verse quelque 100 millions de dollars par an à son organe national d'évaluation, le National Institute for Clinical Excellence (NICE). Par conséquent, les technologies médicales sont souvent introduites dans le système de soins de santé du Canada alors qu'on ne possède qu'une connaissance superficielle de leur sécurité, de leur efficacité et de leur coût.

11.4 Mythe au sujet de la santé des Autochtones

Mythe : Le gouvernement fédéral paie les soins de santé de tous les Autochtones du Canada.

Réalité : Les soins de santé destinés aux Autochtones du Canada sont régis par un ensemble complexe de programmes et de services fédéraux, provinciaux et autochtones. Les Métis et les Indiens non inscrits ne sont pas admissibles à la plupart des programmes fédéraux concernant la santé. Santé Canada fournit les services suivants aux Premières nations (Indiens inscrits) et aux Inuits :

- programmes de promotion et de prévention pour les Indiens inscrits vivant dans les réserves et les Inuits;
- services de santé non assurés (SNNA) aux Indiens inscrits et aux Inuits, où qu'ils habitent au Canada. (Comme nous l'expliquons au chapitre 5, ce programme offre un ensemble de services de santé aux bénéficiaires admissibles : Indiens inscrits, Inuits reconnus et Innus du Labrador. Le régime couvre les médicaments, les fournitures et l'équipement médical, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport ambulancier, les prestations provinciales d'assurance-maladie et le counselling de crise en santé mentale.);
- les soins primaires et d'urgence dans près de 200 lieux isolés et semi-isolés où aucun service provincial n'est disponible;
- les services de santé publique dans plus de 400 localités;
- le financement des services de désintoxication, en centres de traitement et par des professionnels de la désintoxication.

Mythe : La population autochtone jouit de la même santé que le reste de la population canadienne.

Réalité : L'espérance de vie des Autochtones est inférieure d'au moins cinq ans à celle du reste de la population. C'est là un écart considérable. On estime que pour combler ce fossé, il faudrait éliminer tous les décès dus aux maladies cardiovasculaires (première cause de décès) et presque tous les décès par cancer (deuxième cause). Même si cet obstacle semble insurmontable, le Comité s'est fait dire qu'il y a des progrès en ce sens.

L'écart entre la santé des Autochtones et celle du reste de la population est évident, mais les causes en sont mal connues. Les Autochtones sont moins susceptibles d'avoir terminé leurs études secondaires et deux fois plus susceptibles que les autres Canadiens de vivre sous le seuil de pauvreté établi par Statistique Canada. Cela expliquerait certains des facteurs qui contribuent à un taux plus élevé de problèmes de santé chez la population autochtone.

Dans l'ensemble, plusieurs facteurs conditionnent la santé des Autochtones. Les témoins nous ont dit que de nombreux ministères fédéraux assurent la prestation de programmes très divers qui peuvent avoir un impact sur la santé des Autochtones, et que l'État fédéral est donc

bien placé pour formuler et mettre en oeuvre une stratégie en santé de la population destinée spécifiquement aux Autochtones.

11.5 Mythes au sujet de l'effectif sanitaire

Mythe : Le paiement à l'acte est le seul modèle de rétribution qu'acceptent les médecins.

Réalité : La plupart des médecins sont actuellement rémunérés à l'acte au Canada. Cependant, il semble que beaucoup d'entre eux préféreraient un autre mode de rémunération. Une enquête réalisée en 1999 par l'Association médicale canadienne révèle que seulement 33 % des répondants préfèrent être payés à l'acte; 21 % préféreraient être salariés tandis que moins de 1 % choisiraient un paiement par habitant. Quelque 35 % des répondants ont indiqué une préférence pour une combinaison de modes (par exemple, paiement à l'acte et paiement par habitant). Des données recueillies par l'ICIS en 2000 révèlent que la proportion de médecins rémunérés autrement qu'à l'acte varie selon les provinces, de 2 % en Alberta à 53 % au Manitoba.

Le paiement à l'acte pose certains problèmes. D'abord, il décourage les médecins de travailler en équipe, car leur rémunération individuelle dépend du nombre de malades qu'ils voient. Deuxièmement, il encourage les médecins de famille à référer de façon automatique beaucoup trop de cas aux spécialistes, car ils ne sont pas incités à passer plus de temps à traiter les cas difficiles. Enfin, il renforce chez le public la perception d'une hiérarchie au sein du système de soins de santé et ne peut qu'inciter davantage les patients à toujours demander de consulter le médecin le « plus » qualifié, même s'il n'est pas la personne la mieux placée pour répondre à leurs besoins.

11.6 Mythes au sujet des systèmes d'information sanitaire

Mythe : Le système de soins de santé du Canada est structuré comme une entreprise de services du XXI^e siècle.

Réalité : Au contraire, les témoins soulignent qu'une grande faiblesse de notre système actuel tient à ce qu'il fonctionne encore comme une entreprise artisanale, malgré le fait qu'il utilise énormément de données. En fait, l'ingrédient le plus important d'une action de diagnostic, de traitement et de prévention, c'est l'information. Comme nous l'expliquons au chapitre 8, notre système de soins de santé ne fait pas autant appel à l'informatique et aux communications que les autres secteurs basés sur l'information. De plus, il n'est pas intégré : les médecins et les autres soignants, les hôpitaux, les laboratoires et les pharmacies fonctionnent tous indépendamment et ont un accès limité aux liens électroniques qui leur permettraient de mieux échanger de l'information.

Un recours plus intensif à l'informatique et aux communications, et une meilleure intégration des soignants et des institutions, aideraient à trouver les rapports de cause à effet entre les divers intrants du système et les résultats. Les soignants, les gestionnaires de soins et les décideurs pourraient plus facilement prendre des décisions basées sur les faits. On pourrait répondre à des questions comme : Investissons-nous trop, assez ou trop peu dans la technologie médicale? Y a-t-il trop, assez ou trop peu de médecins, d'infirmières ou d'autres professionnels de la santé? En

avons-nous pour notre argent? À l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de répondre à ces questions.

Le Comité estime que bon nombre des problèmes du secteur de la santé ne peuvent être réglés que si celui-ci est prêt à passer au XXI^e siècle, plutôt que de rester prisonnier d'une structure et d'une mentalité du XIX^e. À notre avis, le gouvernement fédéral pourrait favoriser cette transformation.

11.7 Mythes au sujet des soins à domicile

Mythe : Les soins à domicile sont réservés aux personnes âgées.

Réalité : Beaucoup de soins à domicile sont destinés aux personnes âgées en mauvaise santé, mais il n'y a pas de limite supérieure ou inférieure d'âge ni d'autres restrictions pour les soins à domicile. Ces soins peuvent convenir à ceux qui souffrent de problèmes de santé et d'incapacités mineures, ainsi qu'aux malades graves qui exigent des soins intensifs et un équipement perfectionné. Les soins à domicile sont offerts aux malades qui récupèrent d'une grave maladie, aux adultes qui souffrent d'une maladie chronique comme le diabète, aux handicapés physiques ou mentaux et aux personnes requérant des soins de fin de vie.

11.8 Mythes au sujet de la santé de la population rurale

Mythe : L'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural et des résidents des villes et leurs besoins en soins de santé sont les mêmes.

Réalité : Le Bureau de la santé rurale de Santé Canada souligne que les besoins des résidents des campagnes et des villes diffèrent. Les particularités tiennent à l'environnement, comme les dangers des métiers ruraux telles l'exploitation minière, la pêche et l'agriculture, aux tendances démographiques comme l'augmentation de la population âgée dans certaines régions ainsi qu'aux besoins de santé communs découlant de la présence d'une population autochtone importante. En outre, la prestation des soins dans les régions rurales et éloignées pose des problèmes inconnus dans les villes : grandes distances, soignants peu nombreux, services spécialisés parfois absents.

Mythe : Les problèmes de santé en milieu rural sont particuliers à notre pays.

Réalité : Les problèmes de santé en milieu rural ont tendance à se ressembler partout dans le monde. Presque tous les pays industrialisés présentent des écarts sensibles dans la répartition géographique de l'offre de services de santé. Ainsi, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande connaissent des problèmes de répartition des effectifs en santé semblables à ceux que connaît le Canada.

CONCLUSION

Ce rapport complète la phase deux de l'étude du Comité sur les soins de santé. Il résume les témoignages entendus entre mars et juin 2001, et renvoie à des documents qui ont été soit déposés devant nous, soit portés à notre attention.

Durant la phase deux, le Comité a beaucoup appris sur les grandes tendances qui influent sur le coût et le mode de prestation des soins de santé et sur les implications de ces tendances pour la politique et le financement public. On nous a dit que les problèmes relatifs au vieillissement de la population, au coût élevé des médicaments et techniques nouveaux, aux pénuries de soignants, au fardeau de la maladie et aux besoins particuliers des populations rurale et autochtone doivent être corrigés si le Canada veut maintenir un système de soins de santé viable. Le Comité comprend mieux maintenant comment la recherche en santé et le déploiement d'une infrastructure sanitaire pancanadienne pourront améliorer à la fois la qualité des soins et l'efficacité de leur prestation dans l'avenir. Nous comprenons également que la promotion de la bonne santé, la prévention des maladies et les stratégies en santé de la population peuvent contribuer à limiter le coût des soins en améliorant l'état de santé général des Canadiens.

Munis de toute cette information de base, nous avons tenté, comme dans le rapport de la phase un, de jeter un peu de lumière sur le débat actuel sur les soins de santé au Canada en distinguant le mythe de la réalité. Nous espérons que ce rapport constituera une référence utile à quiconque souhaite participer aux phases futures de l'étude du Comité.

ANNEXE

LISTE DES TÉMOINS (MARS À JUIN 2001)

Mercredi 21 mars 2001

Statistique Canada:

Réjean Lachapelle, directeur, Direction de la démographie

Jean-Marie Berthlot, chef, Groupe d'analyste et de modélisation de la santé, Division des études sociales et économiques

Brian Murphy, analyste principal de recherche, Groupe de la modélisation socio-économique

L'institut canadien des actuaires:

David Oakden, président

Rob Brown, membre de la commission d'étude sur le financement des soins de santé

Daryl Leech, président, Comité des soins de santé

Conseil consultatif national sur le troisième âge:

Dr. Michael Gorodn, membre

Le Conference Board of Canada:

James G. Frank, Ph.D., économiste en chef et vice-président

Glenn Brimacombe, directeur du programme sur la santé

Jeudi 22 mars 2001

Institut C.D. Howe :

William B.P. Robson, vice-président et directeur de la recherche

Université McMaster :

Byron G. Spencer, professeur

Université d'Ottawa :

Dr. William Dalziel

Mercredi 28 mars 2001

IMS Health Canada :

Dr. Roger A. Korman, président

Association des pharmaciens du Canada :

Dr. Jeff Poston, directeur exécutif

Health Promotion Research :

Dr. Robert Coombs, président et PDG

Santé Canada:

Barbara Ouellet, directrice, Soins à domicile et des produits pharmaceutiques, Direction générale des politiques et de la consultation

Jeudi 29 mars 2001

Association canadienne des radiologistes :

Dr. John Radomsky

Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé :

Dr. Jill Sanders, présidente et PDG

L'institut Fraser :

Martin Zelder, directeur de la recherche sur les politiques de santé

À titre individuel:

Professeur David Feeny

Mercredi 4 avril 2001

Santé Canada :

Dr. Christina Mills, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques – Direction de la santé de la population et de la santé publique

Dr. Paul Gully, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

Dr. Clarence Clotey, directrice par intérim, Division du diabète, Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète, Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies Chroniques

Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés

Université Dalhousie :

Dr. David MacLean, chef de département, Santé communautaire et épidémiologie

Jeudi 5 avril 2001

Santé Canada :

Abby Hoffman, directeur général, Direction des soins de santé – Direction générale de la politique de la santé et des communications

Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés

Jeudi 26 avril 2001

Institut de recherche en santé du Canada :

Dr. Alan Bernstein, président

Santé Canada :

Kimberly Elmslie, directrice exécutive par intérim, Secrétariat de recherche en santé

Statistique Canada :

T. Scott Murray, directeur général, Direction de statistique sociale et des institutions

Mercredi 9 mai 2001

Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada :
Murray Elston, président

Coalition pour la recherche biomédicale et en santé :
Dr. Barry McLennan, président
Charles Pitts, directeur exécutif

Centre d'excellence pour la santé des femmes :
Dr. Pat Armstrong

Réseau canadien sur les maladies génétiques :
Dr. Ronald Worton, DPG & Directeur scientifique

Jeudi 10 mai 2001

Santé Canada :
William J. Pascal, directeur général, Bureau de la santé et l'inforoute, Direction générale de l'inforoute, de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Institut canadien d'information sur la santé :
Dr. John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse

Société canadienne de télésanté :
Dr. Robert Filler, président

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau Brunswick :
David Cowperthwaite, directeur du système d'information

Mercredi 16 mai 2001

Association médicale canadienne :
Dr. Peter Barrett, président

Forum médical canadien, Groupe de travail 1 :
Dr. Hugh Scully, président

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur les Ressources humaines en santé :
Dr. Thomas Ward, président

Association des infirmières et infirmiers du Canada :
Sandra MacDonald-Remecz, directeur de la politique, de la réglementation et recherche

La Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers :
Kathleen Connors, présidente

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec :
Régis Paradis, président

Nurse Practitioners Association of Ontario:
Linda Jones

Les Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale:
Dr. Paul C. Johns, ancien président

Mercredi 16 mai 2001 (suite)

L'Association chiropratiques canadienne:

Tim St. Dennis, président

Société canadienne de science de laboratoire médical :

Kurt Davis, directeur exécutif

Jeudi 17 mai 2001

L'Association canadienne de soins et services à domicile:

Nadine Henningsen, directrice exécutive

L'Association canadienne de soins et services communautaires (ACSSC) :

Dr. Taylor Alexander, président

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada):

Diane McLeod, vice-présidente, Planification des politiques et Relations gouvernementales, Région centrale

Mercredi 30 mai 2001

Santé Canada:

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale des Premières nations et des Inuits

Jerome Berthelette, conseiller spécial, Bureau du conseiller spécial en matière de santé des Autochtones, Direction générale des Premières nations et Inuits

Dr. Peter Cooney, Directeur général intérimaire, Services de santé non assurés

Affaires indiennes et du Nord Canada:

Chantal Bernier, sous-ministre adjointe, Programmes et des politiques socio-économiques

Terry Harrison, directrice, Services sociaux et justice

Assemblée des Premières Nations :

Elaine Johnston, directrice, Soins de santé

Ralliement national des Métis :

Gerald Morin, président

Association des femmes autochtones du Canada :

Michelle Audette, présidente intérimaire et Présidente des Femmes autochtones du Québec

Congrès des Peuples Autochtones :

Scott Clark, président, United Native Nations

Inuit Tapirisat du Canada:

Larry Gordon, membre ITC, Comité de la santé

Pauktuutit Inuit Women's Association:

Veronica N. Dewar, présidente

Organisation nationale sur la santé des Autochtones

Dr. Judith Bartlett, présidente

Richard Jock, directeur exécutif

Institut de recherche en santé du Canada :

Dr. Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones

Mercredi 30 mai 2001 (suite)

Wikenemikong Health Centre:

Ron Wakegijig, guérisseur

Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire

Margaret Horn, directrice exécutive

Jeudi 31 mai 2001

Santé Canada:

Dr. John Wooton, conseiller spécial en santé rurale, direction générale de la population et de la santé publique

Association médicale canadienne:

William Tholl, secrétaire général et président-directeur général

Société de la médecine rurale du Canada :

Dr. Peter-Hutten-Czapski, président

Consortium for Rural Health Research:

Dr. Judith Kulig

Mercredi 6 juin 2001

Université d'Ottawa:

Professeur Martha Jackman, Faculté de droit

Université de Calgary: (par vidéoconférence)

Professeur Sheilah Martin, Faculté de droit

Jeudi 7 juin 2001 (11 h 00)

Santé Canada:

Nancy Garrard, directrice générale intérimaire, Centre pour le développement de la santé humaine, Direction générale de la population et de la santé publique

Tom Lips, conseiller principal en matière de politique pour la santé mentale – Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Carl Lakaski, analyste principal, Santé Mental, Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé – Direction générale de la politique de la santé et des communications

Société canadienne de psychologie:

Dr. John Service, directeur exécutif

Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne :

Phil Upshall, coordinateur

Association canadienne pour la santé mentale:

Bonnie Pape

Ministère de la santé et du mieux-être du Nouveau-Brunswick :

Ken Ross, sous-ministre adjoint, Service de santé mentale



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

